

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

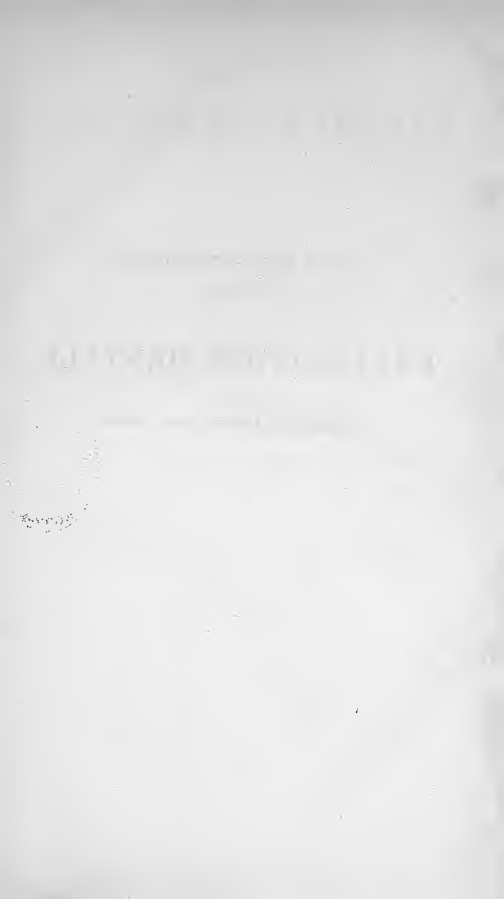
JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

## L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D<sup>r</sup> J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

D<sup>r</sup> ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.



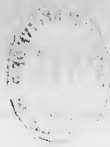
HUITIÈME SÉRIE — TOME TREIZIÈME

CINQUANTE-NEUVIÈME ANNÉE

90432

PARIS  
MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS  
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1901



UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

Psychologie morbide.

---

HISTOIRE  
DES  
SUGGESTIONS RELIGIEUSES

DE FRANÇOIS RABELAIS

Par le Dr Charles BINET-SANGLÉ

*Suite* (1).

---

CHAPITRE IX

FRANÇOIS RABELAIS APOSTAT « AB ORDINE SUSCEPTO ».

François Rabelais resta peu de temps à l'abbaye de Maillezais. Il commençait à comprendre que « la plus grande resverie du monde estoit soy gouverner au son

---

(1) Voir les *Annales* de juillet-août, septembre-octobre et novembre-décembre 1900.

d'une cloche, et non au dicté de bon sens et entendement (1). » Il revêtit l'habit de prêtre séculier, et se mit à parcourir le monde.

Encore que le concile de Meaux (845) enjoignît aux religieux de faire continuelle résidence dans leurs monastères, il eût pu, en se basant sur les dispositions du concile d'Agde (506), sortir et vaguer en dehors avec la permission de ses supérieurs. Mais, selon ses biographes, et tout en restant l'ami et le protégé de Geoffroy d'Estissac, il ne demanda pas ou n'obtint pas toutes les autorisations nécessaires. Il encourait donc, en quittant l'abbaye, la flétrissure d'irrégularité, et, en quittant l'habit, la flétrissure d'apostasie. Il devenait apostat *ab ordine suscepto*. La morale chrétienne, plaidant *pro domo suâ*, a condamné la rupture des vœux au même titre que l'apostasie *a fide*. Et pourtant il n'est rien de plus beau que l'apostasie religieuse. C'est, à la condition que l'apostat soit un homme sincère, le triomphe du raisonnement sur l'idée suggérée, du conscient sur l'inconscient, de l'individu sur le nombre ? Si, pour briser un cercle d'idées qui vous étreint depuis l'enfance, il n'est pas toujours besoin d'être un Erasme ou un Rabelais, il faut du moins une intelligence et une énergie rares.

Dès lors, sans viser particulièrement les bénédictins, qu'il semble au contraire ménager, la sévérité de François Rabelais pour les franciscains s'étend à tous les moines. Car c'est Antiphysie qui « engendra les Matagots, Cagots et Papelars..., les enraigez Putherbes, Briffaulx, Caphars, Chattemites, Canibales : et austres monstres difformes et contrefaicts en despit de Nature ». Le futur médecin estime sans doute et avec raison que la moralité consiste essentiellement dans l'équilibre des fonctions et des facultés. S'il remarque ironiquement que

---

(1) I, 52.

« les Moynes sont volontiers en cuisine (1) », et s'il s'amuse de ce moine d'Amiens qui eût voulu voir à Florence moins de statues et plus de rôtisseries, il n'est pas non plus partisan du jeûne, cet adjuvant des suggestions religieuses : « Ne suis toutesfois, dit Pantagruel, en l'opinion de ceux qui après longs et obstinez jeusnes, cuident plus avant entrer en contemplation des choses célestes. Souvenir assez vous peult comment Gargantua mon père... nous a souvent dict les escripts de ces Hermites jeusneurs, austain estre fades, jejunes et de mauvaïse salive, comme estoient leurs corps lorsqu'ils composoient (2). » Et l'on se rappelle le portrait que l'auteur trace de Quaresmeprenant, « confalonnier des Ichthyophages... foisonnant en pardons, indulgences et stations : homme de bien, bon catholic et de grande dévotion. Il pleure les trois parts du jour. Jamais de ne se trouve aux nopces (3). »

« La mémoire avoit, comme une escharpe.

Le sens commun, comme ung bourdon.

L'imagination, comme ung quarillonnement de cloches.

Les pensées, comme ung vol d'estourneaulx.

La conscience, comme ung dénigement de Heronneaulx.

Les délibérations, comme nne pochée d'orgues.

La repentance, comme l'équippage d'un double canon.

Les entreprises, comme la saboure d'un guallion.

L'entendement, comme un bréviaire dessiré.

Les intelligences, comme limaz sortant des fraïres.

La volonté, comme trois noix en une escuelle.

(1) IV, 11.

(2) III, 13.

(3) IV, 29.

Le désir, comme six botteaulx de saint foin.

Le jugement, comme ung chaussepied.

La discrétion, comme une mouffle.

La raison, comme un tabouret (1). »

C'est en quelques traits la psychologie de l'inanition.

Indulgent pour la gourmandise des moines, François Rabelais l'est aussi pour leur paillardise. Il se moque de ces défauts ; il ne les blâme pas, et il a raison. Ce ne sont là qu'excès pouvant nuire à l'individu, mais peu dangereux pour la société. Si « l'ombre du clochier d'une abbaye est féconde (2), » c'en est autant de moins, ce me semble, à reprocher au monachisme ; et l'on conviendra que le froc du moine de Castres serait un précieux palladium contre le fléau de la dépopulation : « Escoute ça, couillette. Vieds-tu oncques le froc du Moyne de Castres? Quand on le posoit en quelque maison, feust à découvert, feust à cachettes, soubdain, par sa vertu horrificque, tout les manans et habitans du lieu entroient en ruyt, bestes et gens, hommes et femmes, jusques aux rats et aux chats (3). »

Mais d'enjoué son ton devient grave, lorsqu'il aborde la question sociale. « Ung Moyne (j'entends de ces ocieux Moynes), fait-il dire à Gargantua, ne laboure, comme le paysant : ne garde le pays, comme l'homme de guerre : ne guérit les malades, comme le Médecin : ne presche ny endoctrine le monde, comme le bon Docteur Évangélicque et pédagogue : ne porte les commoditez et choses nécessaires à la république, comme le marchand. C'est la cause pourquoy de tous sont hûez et abhorryz. — Voyre mais (dist Grandgousier) ils prient Dieu pour nous. — Rien moins (res-

(1) IV, 30.

(2) I, 45.

(3) III, 27.

pondit Gargantua). Vray est qu'ils mollestent tout leur voisinaige à force de trinquer leurs cloches... Ils marmonnent grand renfort de légendes et pseaulmes nullement par eulx entendus. Ils comptent force pate-nostres entrelardées de longs *Ave Maria*, sans y penser ny entendre (1). » Frère Jean des Entommeures, « vray moine, si oncques en feut depuis que le monde moynant moyna de moynerie », déclare de son côté : « Je n'estudie point de ma part. En nostre Abbaye nous n'estudions jamais, de paour des auripeaulx. Nostre feu Abbé disoit que c'est chose monstreuse veoir ung Moyne sçavant. Par Dieu ! Monsieur, mon amy, *magis magnos clericos non sunt magnos sapientes* (2). » En revanche, il nous montre des moines avides obligeant les mourants à tester en leur faveur. C'est ainsi que Raminagrobis « qui mesdict des bons pères Mendians Cordeliers, et Jacobins, qui sont les deux hémisphères de la chrestienté, et par la gyrognomonique circumbilivagation desquelz, comme par deux filopendoles celivages, toute l'Eglise rommaine, quand elle se sent emburelucocquée d'aucun baragoüinage d'erreur ou d'heresie, homocentricalement se trémousse (3) », Raminagrobis est pourtant obligé de chasser de son lit « un tas de villaines, immundes, et pestilentes bestes », qui le tourmentent d'importunités « forgées en l'officine de ne sçay quelle insatiabilité (4). » Aussi bien, « ne vous fiez jamais en gens qui regardent par un pertuys » (par l'ouverture d'un capuchon), car « tel est vestu d'habit Monachal qui au-dedans n'est rien moins que Moyne (5). » Et l'auteur qui interdit aux « torcoulx »

---

(1) I, 40.

(2) I, 39.

(3) III, 22.

(4) III, 21.

(5) I. Prologue.

son abbaye de Thélème, va jusqu'à faire dire à frère Jean des Entommeures : « En Germanie, l'on desmolit Monastères et défroque on Moynes, icy on les érige à rebours et à contrepoil (1) », laissant percevoir nettement sa préférence pour la Germanie. L'ancien moine était guéri du monachisme.

## CHAPITRE X

### FRANÇOIS RABELAIS, PRÊTRE SÉCULIER

François Rabelais, apostat *ab ordine suscepto*, n'était pas apostat *a fide*. Prêtre séculier, prêtre errant, il disait à l'occasion la messe, les heures canoniques et les autres offices de l'Église dans les lieux où il passait (2). Toutefois il s'était libéré d'un certain nombre des suggestions religieuses de son enfance, et dès maintenant nous allons le voir entrer en relation avec des partisans avérés de la Réforme.

Ce fut très probablement à Toulouse qu'il fit la connaissance du « très docte et vertueux (3) » Jean de Boysonné, professeur de droit à l'université de cette ville, « lequel, dit Pantagruel, j'aime et révère, comme l'un des plus suffisans qui soit hui en son estat (4) ». Or, Boysonné avait adopté le luthéranisme.

Les luthériens étaient évidemment des hommes de progrès, puisque, tout en persistant dans la plupart des erreurs du christianisme, ils en repoussaient un certain nombre. C'est ainsi qu'ils mettaient les Écritures au-dessus de l'autorité des Pères et des conciles, ne reconnaissaient pas la suprématie et l'infaillibilité des

(1) V, 28.

(2) François Rabelais. *Supplicatio pro apostasia*.

(3) III, 29.

(4) III, 29.

papes, étaient opposés aux indulgences et au sacrifice de la messe, niaient la transsubstantiation et le libre arbitre. Aussi n'est-on pas surpris de voir les hommes les plus distingués de la Renaissance se rallier aux idées de Martin Luther.

Jean de Boyssonné fut arrêté le 31 mars 1532, et condamné par l'official à abjurer publiquement ses erreurs. Les « erreurs » qu'il abjura, vêtu d'une robe grise, la tête nue et rasée, à genoux sur un échafaud dressé près de la porte de l'église Saint-Etienne de Toulouse, devant les magistrats et le peuple convoqués au son de la grosse cloche, étaient les suivantes :

1° On ne doit tenir pour point de foi que ce qui est renfermé dans les Ecritures ;

2° On ne doit admettre que les quatre premiers conciles généraux ;

3° Le purgatoire n'est prouvé par aucun passage de l'Ecriture ;

4° Les indulgences ne sont qu'un abus ;

5° Les prières adressées aux saints sont superflues ;

6° Il n'y a point de libre arbitre ;

7° Nous sommes justifiés non par les œuvres, mais par la foi en Jésus-Christ.

Plusieurs de ces idées semblent avoir été partagées par son ami François Rabelais.

En 1529 (trente-quatre ans), ce dernier était à Lyon, la cité des grands dignitaires de l'Eglise, la « Maison des pourpres », comme l'appelle le jésuite Claude-François Ménestrier, « convertie et comme jettée en les bras de la piété (1) », mais aussi la ville des Vandois, féconde en agitations religieuses. En cette même année 1529, le peuple de Lyon manquant de pain, envahit l'abbaye de l'île Barbe, et aussi la maison du médecin Sympho-

---

(1) Claude-François Ménestrier. *Eloge de la ville de Lyon*.

rien Champier, l'un des consuls en exercice, brisant, détail typique, les images de Joshua, de Saül (saint Paul) et de Simon (saint Pierre), qui en décoraient la façade. Or, Symphorien Champier, qui, en reprochant ce sacrilège aux émeutiers, les accusait « d'être les restes d'une maudite secte vandoise, qui a pris son commencement entre nos deux rivières », Symphorien Champier, auteur d'un catalogue des abbés d'Aisnay, d'un recueil des évêques de Toul, d'un opuscule sur les papes, d'un petit traité sur la hiérarchie de l'Église de Lyon, « théologien excellent », dit une lettre du temps, et qui se faisait représenter au frontispice de ses livres, à genoux avec sa femme aux pieds de Symphorianus Faustus (saint Symphorien) son patron, Symphorien Champier, dis-je, était ou devint par la suite l'ami de François Rabelais, qui ne fera plus que passer d'un Boyssonné à un Champier et de l'hérésie à l'orthodoxie.

En 1530 ou 1531 (trente-cinq ou trente-six ans), devenu bachelier en médecine de l'université de Montpellier, François Rabelais entra en relation avec plusieurs savants de cette ville, entre autres avec Antoine Saporta, dont Scaliger soupçonnait la famille de maranisme, et que Haag (1) compte parmi les protestants, avec Pierre Tolet, qui eut Etienne Dolet pour éditeur, avec un étudiant du nom de Jean Quentin, peut-être parent d'un certain Jean Quintin, tailleur de Montpellier, que nous trouvons cité parmi les protestants français réfugiés à Berlin (2), et avec Guillaume Rondelet, l'ichthyologiste.

Guillaume Rondelet avait alors vingt-quatre ans. Il devint par la suite médecin du cardinal de Tournon, et écrivit plusieurs ouvrages de théologie. Ce goût le conduisit au protestantisme. En 1552, son ami Guil-

---

(1) Haag. *La France protestante*.

(2) Haag. *Ibid.*



laume Pélicier, ami aussi de François Rabelais, ayant été arrêté, il eut peur et brûla ses livres. En 1561, il fut du nombre des notables bourgeois que les protestants de Montpellier envoyèrent aux chanoines de la cathédrale pour leur demander la cession de trois églises. En 1565, se trouvant pendant la Pâque dans les environs de Perpignan et le bruit de sa religion s'étant répandu, il dut prendre la fuite. Il épousa en secondes noces une protestante, Tryphème de la Croix, et servit de modèle à François Rabelais pour son type de Rondibilis.

Dès la fin de l'année 1531, nous retrouvons ce dernier à Lyon. En juin 1532 (trente-sept ans), il écrivait, dans sa dédicace latine à André Tiraqueau des lettres de Giovanni Manardi, cette phrase qui marque assez son évolution mentale : « Comment se fait-il, très savant Tiraqueau, qu'au milieu de la lumière qui brille dans notre siècle, et lorsque, par un bienfait spécial des *dieux* (*singulari quodam deorum munere*), nous voyons renaître les connaissances les plus utiles et les plus précieuses, il se trouve encore çà et là des gens qui ne veulent ou *ne peuvent* ôter leurs yeux de ce brouillard gothique et plus que cimmérien dont nous étions enveloppés, au lieu de les élever vers la brillante clarté du soleil ? »

En juillet, médecin de l'hôpital de Lyon, il dédiait à l'évêque Geoffroy d'Estissac ses commentaires sur Hippocrate et Galien édités par Sébastien Gryphe, qui devint son ami et auquel Scaliger attribuait une vraie pitié, « *veram pietatem*. »

Le 4 septembre il écrivait au futur hérétique Amaury Bouchard, et, le 30 novembre, à Bernard de Salignac, qui ne serait autre que Gérard Praet fils (Erasme) (1), précurseur de Martin Luther et dont le

---

(1) Théodore Ziesing. *Erasme ou Solignac*. Alcan, 1887.

traducteur, Louis de Berquin, avait été brûlé en 1529. Dans la lettre latine qu'il lui adresse, il dit, faisant allusion sans doute aux ouvrages qu'on avait autrefois saisis dans sa cellule à Fontenay-le-Comte :

« Moi, dont le visage vous était inconnu et dont le nom obscur ne pouvait me recommander à vous, vous m'avez élevé, vous m'avez prêté les chastes mamelles de votre divine science, tout ce que je suis, tout ce que je vaux, je le dois à vous seul... Salut encore une fois, père chéri, honneur de la patrie, génie tutélaire des lettres, champion indomptable de la vérité. » Il était aussi à la même époque en correspondance avec Georges Garcie (dit d'Armagnac), évêque de Rodez.

## CHAPITRE XI

### LE DEUXIÈME LIVRE DU ROMAN RABELAISIEEN CONDAMNÉ PAR LA FACULTÉ DE THÉOLOGIE

Au commencement de l'année 1533 (trente-huit ans), François Rabelais publia : *Pantagruel : Les horribles et espouvantables faits et prouesses du très renommé Pantagruel, roy des Dipsodes, fils du grand géant Gargantua, composez nouvellement par maistre Alcofribas Nasier*. Cet ouvrage devint le second livre du roman rabelaisien.

Les idées qu'il y exprime sur la religion et sur l'Église sont d'un prêtre original, encore que séculier. Il nous introduit dans un enfer, où les papes, et surtout les papes ambitieux du pouvoir temporel, en sont réduits aux conditions les plus humbles. Jean-Gaëtan Orsini (Nicolas III) est « papetier » ; Benedetto Gaetano (Boniface VIII), « escumeur de marmites » ; Bartolomeo Butilli-Prignano (Urbain VI), « croquelardon » ; Alfonso

Borgia (Calixte III), « barbier de maujoint » (1) ; Francesco d'Albescola della Rovère (Sixte IV), « gresseur de vérole » ; Rodrigo Borgia (Alexandre VI), père de la fameuse Lucrèce, « preneur de rats » ; et Giuliano della Rovère (Jules II), « crieur de petits pasteurs » ; et il nous les montre baisant les pieds d'un de leurs principaux adversaires, le poète Jean Le Maire de Belges, qui, après leur avoir donné sa bénédiction, disant : « Gaignez les pardons, cocquins, gaignez, ilz sont à bon marché. Je vous absoulz de pain et de soupe (2), et vous dispense de ne valoir jamais rien (3) », leur fait administrer des coups de pieu sur les reins.

Il tourne en ridicule la faculté de théologie, « le punays lac de Sorbonne » (4), ces « maraulx Sophistes, Sorbillans, Sorbonagres, Sorbonigènes, Sorbonicoles, Sorbonisèques, Niborcisans, Borbonisans, Sabornisans, lesquelz en leurs disputations, ne cherchent vérité, mais contradiction et débat (5) », et qu'il déclare dignes de vivre avec les vidangeurs.

Mais en revanche Gargantua croit au péché originel (6), et Pantagruel dit à un dipsode : « Mets tout ton espoir en Dieu, et il ne te délaissera point. Car de moy encores que soye puissant, comme tu peulx voir, et aye gents infinis en armes, toutesfois je n'espère en ma force, ne en mon industrie : mais toute ma fiance est en Dieu mon protecteur, lequel jamais ne délaisse ceulx qui en luy ont mis leur espoir et pensée (7). » Le même Pantagruel, qui lit en grec « le Nouveau Testa-

(1) Mal joint. On comprend de reste.

(2) Parodie de la formule : « Je vous absous de peine et de coulpe. »

(3) II, 30.

(4) II, 33.

(5) II, 18.

(6) II, 8.

(7) II, 28.

ment et Epistres des Apostres, et puis en Hébreu le Vieulx Testament (1) », s'engage à faire prêcher dans tous les pays soumis à son autorité, s'il est victorieux de Loupgarou, « le Saint Evangile purement, simplement, et entièrement, si que les abus d'ung tas de papelarts et faulx prophètes, qui ont par constitutions humaines et inventions dépravées envenimé tout le monde, seront d'entour moy exterminiez (2) ».

On le voit, François Rabelais a épousé les haines de Martin Luther. Au reste, dans le catalogue de la bibliothèque Saint-Victor, il attribue des ouvrages ridicules à Silvestro Mazolini (dit Prieras), contradicteur du grand réformiste sur les indulgences et sur le jeûne, et à Hardouin de Graès (dit Ortuinus), ennemi de Johann Reuchlin.

Dès lors, il est facile de comprendre pourquoi la Faculté de théologie tint pour condamnable, comme nous l'apprend Jean Calvin, dans une lettre de 1533, « l'obsène Pantagruel ».

Dans l'almanach que François Rabelais composa pour cette même année 1533, et dans la *Pantagrueline prognostication* publiée peu après, son théisme s'affirme d'une façon indubitable. Dieu, lit-on dans l'almanach, « tout ce qui est et qui se fait modère à son franc arbitre et bon plaisir ». Dieu, lit-on dans la *Pantagrueline prognostication*, « tout a créé et dispensé selon son sacré arbitre ». « Ne croyez que ceste année y ait aultre Gouverneur de l'universel monde que Dieu le Créateur; lequel par sa divine parolle nous régist et modere, par laquelle sont toutes choses en leur nature et propriété et condition; et sans la maintenance et gouvernement duquel toutes choses seraient en ung moment réduictes

(1) II, 8.

(2) II, 29.

à neant, comme de neant elles ont été par luy reproduictes en leur estre. Car de luy vient, en luy est, et par luy se parfaict tout estre et bien, toute vie et mouvement : comme dict la trompette Evangélique, Monseigneur Saint-Paul, Rom. II. Doncques le gouverneur de ceste année et de toutes aultres sera Dieu tout-puisant ; et n'anra Saturne, ne Mars, ne Jupiter, n'aulture planète ; certes non les Anges, ny les Saints, ny les diables, vertu efficace, ne influence aulcunes, si Dieu de son bon plaisir ne leur donne. » « Si Dieu ne nous aide nous aurons prou d'affaires ; mais au contrepoinct, s'il est pour nous, rien ne nous pourra nuire... car il est trop bon et trop puissant. » « Il est plus saige que nous, et sçait trop mieulx ce qui nous est nécessaire que nous mesmes. »

C'est le fatalisme luthérien.

Au commencement de 1534, un ancien condisciple de François Rabelais à la Basmette, Jean du Bellay, passa à Lyon, allant à Rome. Jean du Bellay, évêque de Bayonne, puis ambassadeur de France en Angleterre, où il s'était montré favorable au divorce de Henri Tudor (Henri VIII), qui voulait épouser la fille d'une de ses anciennes maîtresses, peut-être sa propre fille, Anne de Boleyn, était évêque de Paris depuis 1533. François Witikind (François I<sup>er</sup>) l'envoyait auprès du pape pour défendre la cause du divorce anglais (1). Ce religieux d'occasion, esprit ardent, libre et même libertin, ami de Philippe Schwarzerd (Mélancton), protecteur de Louis de Berquin, et qui, après avoir été par deux fois sur le point d'abjurer la foi catholique, devint doyen des cardinaux et faillit être élu pape, se plai-

---

(1) C'est à tort que les hommes de la Révolution ont donné le nom de Capet aux Capétiens, aux Valois et aux Bourbons. Leur premier ancêtre connu était le saxon Witikind, Capet n'étant d'ailleurs que le surnom de Hugues, fils de Hugues dit le Grand.

sait dans la compagnie de l'apostat François Rabelais, qu'il appelait *omnium horarum hominem*. Il lui proposa de l'emmener avec lui à Rome en qualité de médecin privé.

François Rabelais accepta avec empressement. Il assista à une séance du consistoire ; et, à son retour, en avril 1534 (trente-neuf ans), il dédia à Jean du Bellay une édition revue et corrigée de la *Topographia antiquæ Romæ* de Marliani.

C'est vers l'année 1534, et peut-être à Rome, que François Rabelais devint père de Théodule Rabelais (θεοδουλος, esclave de Dieu), qui mourut à l'âge de deux ans. Jean de Boyssonné, dans ses poésies latines, fait dire à cet enfant : « Moi qui repose sous cette tombe étroite, vivant, j'ai eu des pontifes romains pour serviteurs. »

(A suivre.)

---

---

## Pathologie

---

# LA FOLIE DES FOULES

NOUVELLE CONTRIBUTION  
A L'ÉTUDE DES FOLIES ÉPIDÉMIQUES AU BRÉSIL

Par le D<sup>r</sup> NINA RODRIGUES

Professeur de médecine légale à la Faculté de Bahia.

---

C'est intentionnellement que dans un travail publié par les *Annales médico-psychologiques* sur une épidémie de folie religieuse au Brésil (1), je me suis abstenu de toutes considérations sur l'importance que pouvait avoir le cas décrit pour les études de psychologie collective.

Démontrer la nature morbide du cas, tel était mon but principal. Je m'y suis attaché tout particulièrement ; je devais donc, avant tout, faire l'étude clinique du *meneur* et des conditions psychologiques de la multitude qui le suit.

A cette époque, j'avais déjà pris la résolution formelle de faire un travail d'ensemble sur les différentes épidémies de folie observées au Brésil, en y comprenant tous les cas parvenus à ma connaissance. — L'étude du crâne d'Antonio Conselheiro, que je publie aujour-

---

(1) Nina Rodrigues. Epidémie de folie religieuse au Brésil. *Ann. méd.-psych.*, mai-juin 1898.

d'hui comme complément naturel de l'histoire de l'épidémie de Canudos, m'a offert l'occasion de faire et de publier ce travail.

## I

Dans la phase nouvelle où sont entrées les études de psychologie collective, phase commencée par Scipio Sighele (1) et si brillamment développée par lui et d'autres auteurs, la part faite à l'influence de la folie a été de beaucoup inférieure à ce qu'elle est en réalité.

De même qu'il n'y a pas chez l'individu de trait nettement tranché entre la raison et la folie, et que du cerveau le plus sain on peut passer sans transition brusque à l'état d'insanité mentale bien confirmée, de même aussi dans les foules, parmi les jurés de cours d'assises et les assemblées législatives d'un côté et les psycho-démoniaques du moyen âge de l'autre, il est possible de trouver et de décrire une série ininterrompue de différentes formes de transition. Mais là ne s'arrête pas l'importance de la folie dans la psychologie des foules (2).

Dans les actions individuelles, les frontières de la folie sont facilement renversées par la violence des passions et des émotions, ou par l'extrême docilité aux suggestions hypnotiques ; — dans un grand nombre d'actions accomplies par la foule sous l'empire des passions, on découvre aussi une influence décidément pathologique.

La connaissance des manifestations collectives de folie est de beaucoup antérieure à la phase actuelle des études sur la foule. Mais sans remonter aux œuvres

---

(1) Scipio Sighele. *La folla delinquente. — La coppia criminale. — La delinquenza settaria.*

(2) Tarde. Les crimes des foules. In *Arch. d'anthr. crim.*, 1872. Foules et sectes au point de vue criminel. In *Essais et mélanges sociologiques*, 1895. Gustave Le Bon. *Psychologie des foules*, Paris 1898.



classiques des auteurs qui ont écrit l'histoire des épidémies de folie et parmi lesquels le nom de Calmeil brille du plus vif éclat, sans faire l'histoire de la démonstration clinique de la nature hystérique de la grande majorité de ces manifestations, si bien établie par Charcot et son école et particulièrement par les travaux de P. Richer, nous avons la belle leçon de Sergi (1) sur les psychoses épidémiques en 1888, qui peut être considérée comme une véritable étude synthétique, établissant définitivement le rôle de la suggestion collective dans la contagion mentale.

La connaissance de la folie à deux, du couple fou, est également antérieure à cette phase, et tout spécialement les études de Lasègue et Falret (2), de Régis (3), de Marandon de Montyel (4), d'Arnaud (5), constituent à cet égard une analyse délicate et rigoureuse des conditions de la contagion mentale où d'abord le mot « suggestion », qui n'était pas encore de mode, fait à peine défaut. Or, toutes ces études, tous ces travaux contredisent formellement l'opinion de Tarde et de Sighele, qui prétendent refuser aux aliénés la capacité de s'associer et considèrent l'isolement où vivent les aliénés comme la caractéristique de la folie.

Sighele, dans les travaux de qui on trouve, plus que dans toutes les nouvelles études de psychologie collectives, des considérations étendues sur l'influence de la

---

(1) G. Sergi. *Psicosi epidemica*, 1898.

(2) Lasègue et Falret. De la folie à deux. *Ann. méd.-psych.*, 1877.

(3) Régis. *La folie à deux ou folie simultanée*. Paris, 1880.

(4) Marandon de Montyel. Contribution à l'étude de la folie à deux. *Ann. méd.-psych.*, janvier 1880. — De l'imitation dans ses rapports avec la folie communiquée. *L'Encéphale*, 1882, p. 581. — Des conditions de la contagion morbide. *Ann. méd.-psych.*, mars 1894.

(5) Arnaud. La folie à deux, ses diverses formes cliniques. *Ann. méd.-psych.*, mai 1893.

folie, trouve très heureuse l'expression de Tarde : « La folie est par essence l'isoloir de l'âme (1). »

« Le fou, dit Sighele (2), a pour caractère spécifique de ne pas s'associer, de ne pas s'unir à autrui ; il vit pour lui, perdu dans son propre rêve ; et si l'atmosphère qui l'entoure a le pouvoir de déterminer en lui des sensations, celles-ci ne sont jamais de nature à produire une relation durable quelconque avec d'autres personnes. Son nom même, *aliéné*, le révèle bien ; il est étranger à ce que disent ou font les autres ; il se tient éloigné et séparé du monde.

« Il suffit d'avoir visité une fois un asile pour se convaincre de la vérité de cette observation. Les pauvres reclus parlent rarement entre eux, et s'ils se parlent, c'est de choses indifférentes et non pour échanger une idée à réaliser ensemble, pour méditer un complot. S'unir à d'autres pour atteindre plus facilement un but est une action qui leur est inconnue. Ce caractère de la folie est si constant, si absolu, qu'il ne présente aucune exception apparente et constitue plutôt une des règles les plus sûres pour distinguer le fou (dans la stricte acception du mot, c'est-à-dire celui qui est atteint de folie de l'intelligence) du criminel-né, du fou moral, lequel au contraire s'associe facilement avec ses compagnons. »

Toute la littérature psychiatrique proteste hautement contre cette erreur.

Même en excluant la folie morale et l'épilepsie, espèces où Sighele admet pour les aliénés la faculté de s'associer, dans la folie qu'il appelle intellectuelle, la possibilité ou plutôt la facilité d'association chez les aliénés

---

(1) Tarde. *La philosophie pénale*, 2<sup>e</sup> éd., Paris, 1890, p. 242.

(2) Scipio Sighele. *La Coppia criminale*, 2<sup>e</sup> édit., Torino, 1897, p. 40.

dépend exclusivement de la forme de la folie. L'association est fréquente dans toutes les formes du délire systématisé, soit qu'il ait la cohérence lucide de la folie raisonnée, comme dans les cas des persécutés persécuteurs où l'association est presque de règle, soit qu'il constitue au contraire de vrais délires, comme dans la psychose systématique progressive (délire chronique à évolution systématique de Magnan), ou dans les délires systématiques des dégénérés. La paranoïa persécutrice et la paranoïa religieuse des auteurs allemands, dénominations génériques et systématiques dans lesquelles on comprend peut-être des espèces nosologiques distinctes, constituent les folies d'associations par excellence.

Sans doute, la lucidité et la conviction que révèlent ces aliénés, la vraisemblance de leurs délires déterminent fréquemment des associations avec des personnes saines. Mais, comme le démontre la folie à deux dans sa forme la plus simple, cette association provoque chez les individus prédisposés un vrai délire et se conclut, en fait, ou tout au moins subsiste entre de vrais aliénés. En effet, la vérité est que, bien que plus rarement, ces aliénés, ceux surtout qui sont atteints de paranoïa persécutrice ou religieuse, arrivent à exercer leur influence suggestive sur d'autres aliénés, et les entraînent à des entreprises communes.

« ... Nous avons aujourd'hui la preuve incontestable, affirme M. Marandon de Montyel (1), que la folie est capable de se communiquer, non seulement d'aliéné à sain d'esprit, mais encore d'aliéné à aliéné, et cela dans un milieu qui n'a rien de familial, dans les asiles d'aliénés. Peu connue et peu étudiée en France, cette

---

(1) Marandon de Montyel. Des conditions de la contagion mentale morbide. *Ann. méd.-psych.*, mars 1894, p. 482.

transmission morbide, toute spéciale, appelée à l'étranger folie transformée ou induite, que des faits par moi observés et que je me propose de publier sous peu mettent hors de toute contestation, a été très bien vue par Krensan en Amérique, Savage en Angleterre et Lehmann en Allemagne. Elle se produit même chez le délirant systématique, ainsi que j'ai eu l'occasion de le constater à l'asile d'Anch chez le malade qui nous servait à la salle de garde. »

La place que donne Sighele au couple fou, la folie à deux, à côté, et parallèlement aux autres espèces d'association à deux, tels que le couple normal, le couple suicide, le couple criminel, etc., est inadmissible par conséquent.

La folie n'est autre chose qu'un état psychologique où peut se trouver une espèce de foule quelconque. Elle ne constitue pas un but pour les actions de la foule, comme le constitue l'amour pour le couple amoureux, le crime pour le couple criminel, le suicide pour le couple suicide, etc. Il n'y a pas par conséquent une foule vésanique distincte et parallèle aux autres espèces de foules; il y a, au contraire, à peine une foule vésanique aux formes multiples, opposée à la foule saine. Toutes, ou presque toutes, les espèces de foule, peuvent être normales ou folles, ou si elles sont normales, elles peuvent devenir folles. Ainsi, s'il y a un couple amoureux normal, il y a, ou il peut y avoir, un couple amoureux fou; s'il y a un couple criminel normal, il y a ou il peut y en avoir un de fou: il y a des sectes religieuses, politiques, etc., normales, comme il peut en exister de folles.

Certainement c'est avec raison que Sighele considère comme équivalent au couple sain (*coppia sana*) les cas de folie à deux, où il y a tout au plus la contagion d'un délire quelconque qui ne conduit pas les aliénés à une

action commune. Nous connaissons tous, en fait, des cas où l'influence exercée par un individu sain sur les autres se borne aux gestes, aux manières, aux actes ordinaires de la vie, sans qu'il y ait entre eux association pour une entreprise quelle qu'elle soit.

Mais il est incompréhensible que Sighele ne voie pas des cas de couple criminel fou, semblables au couple criminel normal, dans les observations de Legrand du Saulle (1) et de Dagron (2) qu'il cite et qui ne pouvaient être mieux choisis.

L'état d'isolement des fous, cette incapacité d'association qui préoccupe tant Sighele, n'est même pas, par conséquent, une règle générale. Cela démontré, l'appréciation du rôle que joue la folie sur l'action des foules devient facile.

## II

Dans les nouvelles études de psychologie collective, le mot *foule* a pris une signification particulière. Gustave Le Bon en fait un terme générique de groupement humain et distingue dans les foules deux grandes classes, à savoir : 1° les foules hétérogènes, comprenant deux sous-groupes : les foules hétérogènes anonymes et les foules hétérogènes non anonymes ; 2° les foules homogènes, dans lesquelles entrent les sectes, les castes et les classes. Tarde divise les collectivités humaines en foules, corporations et associations. Sighele, tout en acceptant plus ou moins ces distinctions, admet parmi ces espèces de collectivités une dépendance et une succession générique qui permet d'aller des foules primitives aux grandes corporations et même aux États modernes.

---

(1) Legrand du Saulle. *Le délire des persécutions*. Paris, 1873, p. 217.

(2) Dagron. *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses*, 1861, p. 29.

Tous les auteurs, néanmoins, s'accordent à reconnaître que la foule, si nombreuse qu'elle soit, n'est pas une simple réunion d'individus. La foule est surtout une association psychologique. C'est dans l'acquisition d'une individualité psychique propre, différente de la constitution mentale de chacune des parties composantes, que réside la caractéristique de la foule. Les différences, les inégalités, les individualités disparaissent chez elle, et l'on voit se former une unité psychologique où domine le caractère inconstant et impulsif des primitifs.

C'est donc rigoureusement à un état mental à forme aiguë des collectivités que l'on a donné le nom de foule, que l'on pourrait plutôt appeler *état de foule*, puisque sous l'une quelconque des formes de la collectivité humaine cet état peut se manifester, et non exclusivement, dans la foule hétérogène anonyme, qui est d'ailleurs sa forme la plus simple.

En dehors des peuplades sauvages et des sociétés primitives, il serait difficile de trouver chez les peuples civilisés un cas de foule hétérogène anonyme, de foule de la rue ou de grand chemin, dont la constitution ne témoigne pas de l'influence exercée par des idées de secte, de classe ou de corporation.

C'est dans ce sens que doit être comprise l'opinion de Tarde, que « les sectes sont les ferments des foules (1). »

Dans les formes mieux définies des collectivités, dans les corporations et associations de Tarde, dans les foules hétérogènes non anonymes de Gustave Le Bon, l'état mental participe toujours de la psychologie sociale et de la psychologie collective, et, ainsi que le fait observer Tarde, dans bien des cas l'*état rassemblé* alterne avec l'*état dispersé*.

---

(1) Tarde. Foules et sectes au point de vue criminel. In *Essais et mélanges sociologiques*. Paris, 1895, p. 33.

Mais il n'y a pas une seule de ces formes où, étant données certaines conditions sentimentales exploitées par un habile meneur, avocat de talent, orateur consommé, on ne puisse constituer l'état de foule.

Cet état mental devait se manifester très souvent chez les peuples primitifs ; mais l'opinion de Sighele me paraît inacceptable lorsqu'il prétend en faire la forme embryonnaire des foules organisées en corporations et en associations. Autant vaut confondre l'état de foule avec l'espèce de collectivité la plus simple où ses manifestations puissent se présenter : la foule hétérogène anonyme.

Dans l'état grégaire de l'humanité, les groupements pour la pêche, la chasse, etc., au sein desquels d'ailleurs devait éclater fréquemment l'état de foule, représentent mieux cette forme embryonnaire des corporations et des associations modernes où se montre encore quelquefois cet état.

Hors de là, c'est confondre des causes distinctes. Sighele lui-même cherche à les séparer, lorsqu'en répondant à Enrico Ferri, il essaye d'opposer les associations dynamiques aux associations statiques, les groupements fondés sur la psychologie sociale aux groupements fondés sur la psychologie collective.

L'état de foule est évidemment un état d'exaltation passionnelle collective où disparaît le contrôle de la vie cérébrale et avec lui la personnalité consciente et le discernement.

Or, de même que chez les individus et plus facilement que chez eux, les passions, les émotions violentes des foules se transforment en véritable folie.

Sans doute la contagion mentale par suggestion collective est le facteur principal de la constitution de l'état de foule, et, cela va sans dire, il suppose non seulement la préparation préalable par les causes que nous

pouvons, avec Gustave Le Bon, appeler lointaines, mais encore l'excitation passionnelle du moment par une cause occasionnelle qui peut être l'une quelconque des causes prochaines de cet auteur.

Le meneur n'est autre chose, en somme, qu'une puissante cause prochaine, qu'il soit le catéchisant, le vrai chef, le directeur ostensible de la foule, ou qu'il n'en soit que le directeur inconscient représenté par les plus exaltés et conséquemment par les plus sensibles aux suggestions ambiantes anonymes.

Mais — et Sighele le reconnaît sans peine — si ces facteurs peuvent expliquer la constitution ordinaire de l'état de foule, ils ne peuvent donner une explication satisfaisante des excès, des actes violents et criminels des foules.

« Ces facteurs, dit-il (1), suffisent pour expliquer la raison qui fait que lorsqu'un applaudit, tous applaudissent ; pourquoi ce que l'un fait, tous le font ; comment une émotion de colère ressentie par un, se dessine instantanément sur le visage de tous. Mais ils ne suffisent pas pour expliquer comment cette colère entraîne à des voies de fait, pousse à produire des blessures et à pratiquer l'homicide. Ils ne suffisent pas pour expliquer comment une foule en arrive à l'assassinat, au massacre, aux atrocités sans nom dont le plus terrible exemple nous a été donné par la Révolution française. »

Gustave Le Bon (2) essaye d'expliquer ces actes de violence extrême et criminels par l'exagération que donne l'état de foule « aux instincts de férocité destructive, des résidus des âges primitifs, qui dorment au fond de chacun de nous ». Il croit que l'espoir de l'impunité de la foule, qui gît dans la conscience de chaque individu, per-

---

(1) Scipio Sighele. *La folla delinquente*. Torino, 1895, p. 54.

(2) Gustave Le Bon. *Psychologie des foules*. Paris, 1896, p. 45.



met de donner pleine liberté à ces instincts qui, dans la vie de chacun, pris isolément, sont contenus par la crainte du châtimement.

Mais d'abord, cette explication est incomplète, car elle laisse inexpliquée l'exagération des foules dans des sens opposés, « les actes de dévouement, de sacrifice et de désintéressement très élevés, beaucoup plus élevés même que ceux dont est capable l'individu isolé », qui ne sont certainement pas un « reliquat atavique de l'homme primitif ». Ensuite elle suppose chez les foules un raisonnement intéressé, une capacité pour évaluer les conséquences éloignées de leurs actes, punissables ou non, qui, en fait, n'existe pas dans le véritable état de foule où l'inconscience domine en souveraine.

L'explication que Sighele a prétendu donner des conditions psychologiques des foules, au moment où elles commettent des actes accompagnés de violences, est restée incomplète parce qu'il a omis de faire intervenir la folie dans leur exécution.

Des deux causes invoquées par lui, il y en a une qui est même sans fondements : l'absence de bons sentiments dans l'état de foule.

D'après lui, les sentiments de la foule ne devant représenter qu'une simple moyenne, ne pourront jamais atteindre à ce maximum de bons sentiments qui existent chez quelques représentants seulement de l'agglomération ; de là, l'excès et la prépondérance des mauvais sentiments qui sont ceux de la majorité.

Mais il est clair qu'en appliquant ce principe aux mauvais sentiments, le résultat sera le même. La moyenne des mauvais sentiments, même de la grande majorité, par cela même que c'est une moyenne, ne pourra jamais s'élever et moins encore dépasser le maximum qu'ils atteignent chez les plus pervers.

Et si l'on s'explique ainsi comment les mauvaises

passions l'emportent sur les bonnes, toutefois les excès et les violences dont individuellement quelques rares personnes sont capables, mais que la foule met en pratique, restent sans explication.

D'ailleurs, cette affirmation que les mauvais sentiments prédominent dans la foule est loin d'avoir l'exactitude rigoureuse d'une règle absolue. Gustave Le Bon assure que les sentiments transformés peuvent être meilleurs ou pires que ceux des individus dont la foule est composée. Sighele le reconnaît. Il ne s'agit donc que d'une question de fréquence, les manifestations de mauvais sentiments étant plus souvent répétées que celles des bons.

Le second motif donné par Sighele renferme au contraire l'explication réelle du fait.

Dans une étude complète sur les conditions et la manière dont la contagion des émotions se produit dans les foules, il montre comment son accroissement résulte de l'agglomération. En appliquant ensuite ces données au cas de contagion collective de la colère, il fait voir de quelle façon une simple irritation, c'est-à-dire la colère ordinaire des foules, peut se changer rapidement en un véritable état de fureur. Mais il s'est arrêté là. Il n'a même pas songé à rechercher si cet état de fureur est un simple état anormal ou si c'est au contraire un véritable état pathologique ; il ne s'est préoccupé en aucune manière de ses conséquences au point de vue de la responsabilité juridique des foules.

Il y a cependant dans le remarquable travail de Sighele une page si positive, une reconnaissance si formelle de la transformation, de l'exaltation des foules en un vrai délire vésanique, que nous ne pouvons la passer sous silence.

En rappelant les scènes les plus sanglantes de la Révolution française, où la foule féroce trépignait dans

une horrible danse macabre de crimes, Sighele (1) écrit : « On pourrait dire de ces individus ce que Maxime du Camp disait à propos d'un épisode semblable : ce sont des fous, et leur place à Charenton est tout indiquée dans la section des agités. En effet, il ne s'agit pas seulement ici de la folie morale du criminel-né, qui laisse intacte la faculté intellectuelle ; il s'agit d'un vrai délire qui éloigne de tous ses semblables celui qui commet ces abominables actions. Que la foule se trouve dans un véritable état de délire, c'est ce que démontrent non seulement les énormités commises, mais encore l'inconscience avec laquelle les actes sont perpétrés. La foule préfère massacrer ses amis, ou tout au moins ceux qui sont regardés comme tels, en même temps que ses ennemis, plutôt que d'attendre qu'il soient séparés les uns des autres. C'est à proprement parler le crime vésanique, sans motif et sans calcul ; c'est la frénésie inconsidérée et inconsciente qui surgit comme une conséquence presque naturelle de l'ivresse produite par la vue du sang et par la fusillade, par les cris et par le vin. C'est la folie de la poudre, disaient les Arabes ; c'est, dirons-nous, la folie qui reconduit l'homme à ses sentiments ataviques, parce qu'elle se manifeste avec des caractères identiques chez les animaux les plus inférieurs. »

Mais si justes qu'elles soient, ces observations ne poussent pas Sighele à rechercher la détermination du rôle de la folie dans les actions de la foule. Ce ne sont que des points de repère propres à faciliter l'étude de la composition des foules, et qui, selon l'auteur, tendent à démontrer que c'est le facteur anthropologique, bon ou mauvais, qui explique pourquoi certaines foules sont violentes et criminelles, tandis que d'autres sont suscep-

---

(1) Sighele. *La folla delinquente*, 2<sup>e</sup> édit. 1895, p. 96.

tibles des plus grands dévouements. Or, pour savoir si la manifestation d'une véritable aliénation collective plus ou moins transitoire peut donner une explication satisfaisante, si elle peut déterminer le rôle de la folie dans les actions des foules, il est indispensable d'étudier les *meneurs* et les *menés* au point de vue de l'aliénation mentale.

(*A suivre.*)

---

---

---

DE LA

# VALEUR SOCIALE DES DÉGÉNÉRÉS

PAR MM.

**RÉMOND (de Metz)** et **Lucien LAGRIFFE**

Professeur à la Faculté de médecine

Interne des hôpitaux

de Toulouse.

*(Travail de la clinique d'observation des maladies mentales.)*

---

Le service de clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Toulouse a été ouvert le 1<sup>er</sup> novembre 1898, après une période préparatoire (?) de cinq ans. Nous aurions mauvaise grâce à oublier les efforts persistants de l'Administration et les difficultés qu'elle eut à vaincre pour arriver à ce résultat. Le service a été affecté aux aliénés recueillis par l'autorité administrative dans la commune de Toulouse et aux malades placés par leur famille. Les uns et les autres ne peuvent y séjourner que pendant une période limitée à un maximum de quarante jours. C'est dire que toute étude clinique sur l'évolution des psychoses, et *a fortiori* toute étude anatomique, nous est et nous reste forcément interdite.

Nos études se limitent donc, par la force des choses, aux premières périodes des états délirants aigus, et aux diagnostics qu'il est parfois nécessaire d'établir chez certains sujets, entre ce qui ressort à la folie proprement dite et ce qui n'est qu'une manifestation passagèrement aggravée d'une infirmité mentale chronique.

Nous montrerons ailleurs que, même réduite à cette simple expression, notre tâche n'en est pas moins utile puisque nous avons pu remettre en liberté des individus qui se sont trouvés suffisamment améliorés au bout de quelques jours pour qu'il fût inutile de leur imposer une détention prolongée, et qui, cependant, s'ils étaient entrés dans un asile, auraient grevé pendant de longs mois les budgets administratifs.

Ce que nous voulons faire ici, c'est montrer la proportion considérable d'individus atteints par la *dégénérescence* qui nous ont été confiés sur un total relativement faible de malades (113). Si nous défalquons de ce nombre total de 113 (1) les malades étrangers, les malades qui nous ont été confiés plusieurs fois, les sujets non aliénés qui ne sont entrés que pour être soumis à un examen, nous arrivons à un total réel de 93, sur lequel nous trouvons un nombre de 17 malades appartenant au groupe des dégénérés, ce qui représente une proportion de 18, 27 p. 100.

L'ensemble des sujets que nous réunissons sous ce qualificatif de dégénéré représente dans la série des êtres humains un groupe intermédiaire entre les individus atteints par un arrêt de développement psychique et ceux qui sont arrivés à leur développement complet. Ce n'est pas à dire que des causes nocives graves ne soient venues agir sur le cerveau en voie de développement, mais leur action n'a pas empêché l'évolution cérébrale ultérieure, n'en a pas fait des idiots, des imbéciles ; ce sont les facultés supérieures qui ont été atteintes les premières. La mémoire, l'intelligence, la logique n'ont pas souffert, mais bien tout ce qui rentre dans le cadre de l'éthique, les facultés de représentation morale,

---

(1) Il s'agit ici des malades entrés à la clinique du 1<sup>er</sup> novembre 1898 au 1<sup>er</sup> novembre 1899.

les sentiments moraux. Ces individus ne peuvent s'adapter au milieu social, ils n'en comprennent ni les lois, ni les nécessités. Les unes gardent constamment pour eux la valeur de règlements de police, et ils cherchent sans cesse à échapper aux autres sans pouvoir comprendre comment et pourquoi ils sont constamment les premières victimes de leur indépendance. Ce sont donc, au point de vue social, des vagabonds, des prodigues, des criminels, tandis qu'au point de vue médical, ce ne sont que des faibles d'esprit d'un ordre supérieur.

Tandis qu'ils représentent ainsi en tant qu'individus un stade intermédiaire entre l'imbécile et l'homme sain, ils occupent au point de vue de la continuité de l'espèce un des derniers échelons qui précèdent immédiatement l'anéantissement définitif de la race. Chez les uns, la stérilité est fatale : ils sont l'*ultimum moriens* d'un arbre généalogique dans lequel l'hérédité pathologique convergente a supprimé toute résistance dans les derniers rameaux. D'autres sont condamnés, du fait même de leur état psychique, à une existence incompatible avec la fondation d'une famille régulière ; d'autres enfin, moins atteints, sont cependant inaptes à se modeler suffisamment à leur milieu social pour y propager l'espèce, et doivent aller chercher dans une société plus voisine de l'*état de nature* un milieu plus indulgent parce que moins policé.

L'existence de ces dégénérés soulève donc un double problème, à la fois au point de vue individuel et au point de vue social. On est en effet en droit de se demander quels peuvent être, vis-à-vis de la société, les droits des individus qui font ainsi faillite au contrat implicitement contenu dans les conditions mêmes de leur existence ? Incapables de remplir un devoir, sont-ils encore à même de faire valoir leurs droits à l'assistance ? ou bien faut-il, les considérant *a priori* comme des non-valeurs,

leur refuser toute autre liberté que celle que comporte une réclusion définitive?

En fait, on verra que le terme de criminel-né s'applique admirablement à ceux qui rentrent dans la deuxième catégorie que nous indiquions plus haut. Leur criminalité future est certaine, leur amendement impossible; on peut donc se demander à leur égard si la défense, communément appelée justice, ne serait pas aussi légitime avant qu'après le crime. D'autre part, ce sont des victimes du milieu, leur déchéance est le fait de leurs auteurs et de leurs éducateurs, et la société, toujours *prête à punir*, remplirait peut-être mieux son devoir ici en s'appliquant à prévenir: « c'est la société qui prépare les crimes. » (1)

Individuellement donc, ce sont des criminels irresponsables; au point de vue social, ils sont « inadaptables » au milieu; ils sont aussi impossibles à modifier, un idiot moral étant aussi incurable qu'un idiot intellectuel. De ces deux facteurs, individu, milieu social, l'un, le premier, constitue une entité définitive; mais on peut changer le second, non pas dans le sens habituel qui sort l'enfant de la famille indigne pour le pervertir plus à l'aise dans cette « officine de corruption (2) » qu'est le milieu de correction, mais en cherchant à le placer dans un milieu social nouveau.

La criminalité fréquente, la récidive, est l'aboutissant presque fatal de ces dégénérés; elle entraîne pour eux la relégation; par celle-ci, comme par la transformation du forçat en colon au voisinage du bagne, on cherche en fait à placer l'individu irréductible dans un milieu nouveau.

---

(1) Quételet. *Du système social et des lois qui le régissent*. Bruxelles, 1848.

(2) Lombroso. *L'homme de génie*.



Peut-être serait-il légitime de chercher dans cette transplantation l'utilisation de la valeur que représente encore le dégénéré avant de l'avoir exposé à tous les contacts dégradants qui précèdent habituellement la relégation, et grever le budget social de tous les frais nécessités par le déploiement d'un appareil qui relève plus de la police que de la justice, au sens élevé du mot.

Les observations que nous donnons ci-dessous, prises parmi les plus intéressantes de celles que nous a fournies la clinique, peuvent se diviser en trois groupes : — dans le premier, la déchéance est complète, le séjour à l'asile indispensable ; dans le second, la criminalité simplement morale, ou à la fois morale et sociale, est évidente, la relégation future certaine ; dans le troisième enfin, l'individu tend à s'expatrier, cherchant ainsi le milieu nouveau dans lequel il rencontrera moins d'occasions de conflit avec des lois sociales moins précises.

#### PREMIER GROUPE

OBSERVATION I. — L. D..., vingt-cinq ans, célibataire, entre à la clinique le 6 mars 1899, sur demande de sa mère.

Hérédité très chargée : grand-père paternel, dipsomane, faisait boire son petit-fils. Le père est mort à soixante-huit ans, d'un abcès urinaire consécutif à un rétrécissement du canal de l'urètre. Ancien officier ministériel. C'était un original ; il avait des tics et des manies, avait la phobie du doute ; possédant une grande fortune, il était avare, et descendait d'une famille dont le nom appartient à l'histoire de la République et du premier Empire. Il avait quarante-trois ans lors de la naissance de son fils.

La mère, âgée de cinquante-neuf ans, ordinairement bien portante, est obèse ; présente un tic de la face à droite ; diabétique ; c'est une femme orgueilleuse, fière de sa situation, faisant apparat de sa fortune. Mais elle n'a aucune accointance avec l'épopée ; c'est une ancienne ballerine dont le père de notre malade n'a régularisé la situation qu'il y a cinq ans. Elle est ronde de manières, pas adaptée au milieu. C'est M<sup>me</sup> Sans-Gêne qui se retiendrait.

De cette union libre, quatre enfants sont nés :

1° Fille de vingt-sept ans, ordinairement bien portante, type parfait de la jeune fille moderne, un peu américaine;

2° Le sujet de notre observation;

3° Fille de vingt-deux ans, plus calme et plus pondérée, sérieuse, atteinte d'une maladie mitrale assez bien compensée pour le moment, mais qui nécessite quelques soins. La cause de cette cardiopathie n'a pas été décélée;

4° Fille de seize ans, bien portante, mais déjà obèse.

Notre malade est né à terme, après une grossesse et un accouchement faciles, a été nourri par une nourrice, n'a eu ni convulsions, ni maladies de l'enfance ou de l'adolescence.

Enfant très gâté, volontaire; il aurait été, prétend sa mère, d'une intelligence remarquable.

Élevé au séminaire, d'où il s'échappait fréquemment, il aurait eu pendant ses études, une maladie de cœur qui n'a d'ailleurs laissé aucune trace et a probablement guéri.

A dix-neuf ans, il quitte le séminaire sans avoir pris ses grades universitaires et commence à mener une vie déréglée sur laquelle sa famille ne peut guère nous donner de renseignements, mais il buvait beaucoup.

Lorsqu'il était plus jeune et afin d'éviter qu'il n'en mésusât, son père le laissait sans argent, et la puberté étant venue, il se livre à la masturbation (peut-être même avait-il commencé avant). Plus tard sa famille elle-même fit son possible pour lui faciliter des rapports sexuels normaux, mais rien ne fut capable de lui faire abandonner ses funestes habitudes; néanmoins cela ne l'empêcha pas tout récemment d'engrosser une bonne.

Après son tirage au sort, il fut incorporé à Montpellier et réformé au bout de quelques mois pour cardiopathie, nous dit sa mère, et en réalité, d'après les renseignements que nous avons pu recueillir, pour alcoolisme. Une fois rentré chez lui, il en serait venu peu à peu au point où il est aujourd'hui.

Homme très adroit, très ingénieux, son occupation favorite était autrefois la peinture; sa famille ne tarit pas en éloges sur son talent artistique, mais le titre d'un de ses tableaux: le « Christ en cendres » semble dénoter une esthétique d'un goût douteux.

Avec cela, il buvait, il buvait énormément, prenait de l'absinthe à pleins verres; en fin de compte, il buvait, nous dit sa mère, jusqu'à quinze litres de vin coupé d'eau par jour.

Sous l'influence de ce régime, l'aptitude au travail a dimi-

nué peu à peu, puis a cessé : le malade est devenu indifférent. Autrefois très actif, sortant beaucoup, fréquentant même des gens que sa mère qualifie de sans aveu, il reste toujours chez lui.

Une seule fois, l'année dernière, dans le courant de l'été, il voulut sortir contre son habitude pour aller se confesser à Saint-Sernin ; arrivé là, il prie Dieu avec ferveur, recommandant à sa sœur aînée, qui l'accompagnait, de se bien tenir ; puis il va trouver un prêtre et lui confesse qu'il est possédé du démon. Au retour, il avertissait sa sœur, lorsqu'ils rencontraient des personnes de leur connaissance, lui recommandant de se bien tenir, de se tenir droite. Ce regain d'activité a été considéré comme très rare dans l'entourage.

L'hiver, il passe ses journées au coin du feu, sans parler ni agir ; l'été, il se promène dans son parc, reste couché sur l'herbe, et sans contrainte il ne rentrerait même pas pour se coucher. En même temps, il se masturbe, n'importe où et devant n'importe qui.

L'appétit était pour ainsi dire nul, il jetait les aliments et vivait presque exclusivement de sucreries et de friandises. Le sommeil était bon, sans cauchemars, constipation opiniâtre, aucun souci des convenances (défèque et urine n'importe où et devant n'importe qui).

Il présente en même temps une grande endurance à la douleur. Il lui est arrivé de se faire des blessures assez graves et de refuser tout soin, il guérissait tout seul.

En 1897, il fut placé pendant quelque temps dans une maison de santé, au directeur de laquelle sa famille fit cette proposition bizarre de lui amener des femmes, ce qui fut naturellement refusé.

La famille prétend qu'il présente des alternatives de santé et de folie.

Etat physique à l'entrée : Capacité crânienne, 1.495 centimètres cubes ; indice céphalique, 85,7 p. 100 (brachicéphale pur de Broca).

Pas d'asymétrie crânienne ni faciale, cheveux châtain clair, souples.

Diamètre bizygomatique à 130 (norme 142), pour une hauteur faciale de 189 millimètres. Oreilles bien faites, bien ourlées. Yeux bleus, normaux. Langue normale, présentant des tremblements fibrillaires. Dents bien faites, mais mal implantées, chevauchant, quelques-unes sont cariées ; palais neurotique. Barbe blonde.

Périmètre thoracique : 81 centimètres; poumons et cœur normaux. Ventre tendu, un peu douloureux; foie normal, ainsi que la rate. Verge en massue, testicules normaux. Membres supérieurs normaux. Membres inférieurs sans troubles trophiques ni œdème. A la région interne de la cheville droite, une plaie récente, cicatrisée. Plaie contuse cicatrisée de la région antérieure et inférieure de la jambe droite.

Aucune particularité concernant les organes sensoriels. Appétit diminué, constipation opiniâtre; le chimisme stomacal n'a montré comme particularités que des fermentations secondaires (1). Sphincters continents. La sensibilité générale a été difficile à explorer car le malade renseignait très mal; cependant nous pouvons affirmer qu'il y a une hyperalgésie généralisée.

Les réflexes cornéen, irien, pharyngien, crémasterien sont conservés. Réflexe patellaire diminué des deux côtés, réflexe plantaire exagéré des deux côtés.

Force musculaire diminuée (à droite 11,5, à gauche 3, au dynamomètre). Sueurs abondantes ayant cédé après quelques jours et dues sans doute à l'énorme quantité de liquide qu'il ingérait chez lui.

Urines de composition normale. La coordination des mouvements est suffisante, il n'y a pas de tremblements des doigts.

L. D... est pâle, amaigri, il a l'air intelligent; le regard est éteint. Sujet réservé, dont les sentiments affectifs sont abolis pour sa famille, sauf pour sa sœur aînée, et diminués pour les étrangers.

Envergure normale (1<sup>m</sup>64 pour une taille de 1<sup>m</sup>65).

Pendant les premiers temps de son séjour, le malade voulait bien répondre un peu. Il se rendait parfaitement compte du lieu où on l'avait amené; mais il ne nous a pas été possible de nous rendre compte si la mémoire était conservée, et nous avons tout lieu de croire qu'elle l'était.

Les difficultés éprouvées au début pour l'alimentation n'ont pas tardé à s'aplanir; mais il faut néanmoins insister encore un peu et le faire manger, car il se montre incapable de toute initiative. Il est vrai qu'il y a en même temps diminution de l'appétit, à mettre en partie sur le compte du manque d'action.

---

(1) Orliac. Le chimisme gastrique chez les aliénés. *Thèse de Toulouse*, 1899, p. 60.

La seule catégorie d'aliments pour laquelle il paraisse avoir du goût sont les fruits et les gâteaux.

La perversion de l'instinct sexuel ne s'est pas manifestée jusqu'ici et nous croyons pouvoir presque affirmer que le malade ne se masturbe plus. Parfois il a des pollutions pendant la nuit.

Le sommeil est très léger et très court, sans cauchemars.

Au cours de diverses contrariétés, nous l'avons vu être pris de clastomanie ; mais son instinct de destruction ne portait que sur ses vêtements. Il a de plus l'habitude de défoncer constamment ses poches, car il y met constamment ses mains et appuie sur le fond pour le faire céder.

Il nous est extrêmement difficile de fournir des renseignements sur la parole ; au début, à toute proposition, il répondait : « A quoi bon ? je n'en ai pas besoin. » Aujourd'hui, il ne répond plus que « Ah ! » et quand il a un grand désir, comme à une époque celui de sortir, il le demande sèchement, avec difficulté, comme si chaque mot lui coûtait un effort surhumain, et il lui est même parfois arrivé de parler si bas qu'il n'était pas une personne de son entourage qui ait été capable de dire s'il venait de prononcer une phrase.

Quant à son écriture, nous n'en pouvons parler que d'après une inscription unique qu'il mit une fois au crayon sur les murs de sa chambre : « Vive la sainte Vierge ! » Nous avons pu voir ainsi qu'elle était irrégulière, enfantine ; c'était l'écriture de quelqu'un qui n'avait jamais beaucoup écrit.

Nous avons pu nous rendre compte que les idées étaient suffisamment coordonnées pour qu'il fût capable de mentir. Il dit un soir à l'infirmier : « Je voudrais voir s'il y a des femmes à côté. » L'infirmier le mène vers la salle des femmes, et comme nous le voyons passer, nous le faisons rentrer, ce genre de visite étant interdit par le règlement. Un instant après, il demande à la sœur d'aller voir les fleurs qui sont dans son cabinet ; or ce cabinet possède une porte vitrée qui donne sur la salle des femmes.

Nous avons remarqué, et nous remarquons encore qu'il se tient constamment dans une encoignure sombre qui précède la porte donnant accès dans le quartier des femmes. Nous avons tout lieu de croire qu'il attend là qu'un jour on oublie de fermer cette porte. Nous n'insistons pas sur les conséquences que pourrait avoir un pareil oubli.

Au point de vue de la réaction aux processus extérieurs,

voici ce que nous avons pu observer : le médecin de sa famille nous a d'abord raconté que tous les actes auxquels il se livrait avaient pour but, au dire du malade, de causer des ennuis à sa famille ; et nous avons vu nous-même qu'il cherchait à se venger et à nuire, mais toujours et uniquement sur les objets lui appartenant. C'est ainsi que, lorsqu'il eut estimé qu'il était suffisamment resté ici, voyant d'autre part que sa famille ne le reprenait pas avec elle, il s'habillait mal, déchirait ses mouchoirs, ses pantalons, ses chemises ; et il était toujours parfaitement capable de savoir depuis combien de jours il était à la clinique, puisque toujours au quarantième jour réglementaire il donnait des signes d'ennui.

Pour ce qui est de ses intérêts, il n'en a cure. Lorsque, il y a quelque temps, sa mère se décida à le faire interdire, le procureur ne put obtenir aucune réponse et il ne signa aucune pièce ; et pourtant il n'aime pas sa famille, il ne supporte que sa sœur aînée ; quant à sa mère, il l'appelle « madame » ; et un jour que cette dernière était venue le voir avec ses deux plus jeunes sœurs, il ramassa une pierre dès qu'il les aperçut. Il faut dire que sa famille lui rend en partie cette indifférence : on ne le laisse manquer de rien, mais plutôt pour faire étalage de richesse, et jamais quand on lui apporte quelque chose on ne demande à le voir, et l'on supporte très gaiement cette tare familiale.

Pendant la journée, il ne fait rien ; au début il regardait quelquefois des gravures, restant les yeux fixés pendant des heures entières sur la même. Une nuit, il se leva pour lire un journal ; mais c'est tout. Il reste fixé, les pieds joints, les yeux dans le vague et les mains dans les poches, jusqu'à ce qu'on vienne le déranger, et encore pour cela faut-il employer la force, car il se raidit ; et si on a réussi à lui faire faire quelques pas, il lui arrive souvent de revenir aussitôt à la place où il était précédemment figé.

Quand par hasard il marche, il le fait très vite et à grands pas.

Il est peu soigneux de sa personne, mais cependant fait sa toilette tous les matins, et quand il a du ressentiment, il devient plus sale et crache partout ; il lui arriva un jour de se laver dans de l'urine parce qu'on l'avait contrarié.

On voit quel être bizarre constitue notre malade. Il vit renfermé dans lui-même. A quoi pense-t-il ? Quels sont ses désirs ? Impossible de déceler les associations qui se font et se

défont dans cette intelligence qui n'est pas obscurcie, mais qui se cache. Ses idées ne sont sans doute pas très générales, elles doivent mettre un temps assez long à devenir nettes, et il est certainement aussi asthénique au moral qu'au physique. S'il n'avait pas l'usage de la parole, ce serait un idiot, mais il l'a. Dans une étude récente où son observation parut (1), nous l'avions donné comme un mélancolique, mais c'est une mélancolie d'une forme particulière dans laquelle l'alcoolisme et la masturbation ont eu la grosse part, mais qui tire surtout ses caractères d'une hérédité sur laquelle nous n'avons eu que peu d'aveux, mais qui doit être plus noire encore que nous ne l'avons dit.

OBS. II. — F. S..., dix-neuf ans, célibataire, étudiant, entre le 4 juin 1899 sur demande de son père; il est revêtu d'une camisole de force, que nous lui enlevons sans qu'il présente ensuite de l'agitation, ce qui montre que la précaution était au moins inutile; il ne prononce que quelques mots incohérents: « Tiens, il y a des malades ici! Vous êtes le diable, vous! » dit-il à un malade. Il a bon appétit, est calme, passe sa journée dans le jardin, chante quelques cantiques et dort bien.

Le père, âgé de soixante-sept ans, est un homme simple, fort simple comme on verra dans la suite, superstitieux, naïf; à part cela, bien portant; facteur rural en retraite, et aujourd'hui petit cultivateur à son aise.

La mère a cinquante-neuf ans, est nerveuse, loquace, autoritaire, porte la culotte, partage les croyances de son mari, à moins que ce ne soit le contraire. Nous avons tout lieu de croire aujourd'hui, d'après quelques renseignements que nous avons pu recueillir, qu'elle frise assez l'aliénation mentale pour que les bonnes gens du pays aient pu s'en apercevoir. Elle a le tempérament sanguin, et à part cela elle jouit d'une bonne santé habituelle.

Chacun des deux époux a été une fois veuf; le père a un fils de trente-cinq ans et la mère une fille de vingt-neuf ans, qui sont en bonne santé.

F. S... est l'unique fruit de cette union. Au moment de sa naissance le père avait quarante-huit ans et la mère quarante ans; l'accouchement et la grossesse ont été normaux. L'enfant a été nourri au biberon et n'a pas été malade.

A neuf ans, il a eu une fièvre typhoïde ayant duré un mois et

---

(1) Orliac. *Loc. cit.*

au cours de laquelle il a présenté du délire. Il est entré au petit séminaire à treize ans, a eu la rougeole en 1897 ; à dix-sept ans, maladie dont l'évolution et le cours ont été normaux.

Il a la réputation d'un enfant très intelligent, très travailleur ; il faut cependant remarquer qu'à dix-neuf ans il n'est encore qu'en philosophie et qu'il est arrivé dans cette classe sans prendre son baccalauréat de rhétorique parce qu'il n'était pas prêt pour l'examen ; il a l'intention de rester au séminaire pour entrer dans le sacerdoce.

Il nous raconte lui-même, au moment de son entrée, qu'il a toujours très bien supporté le régime de l'internat, qu'il n'était en butte à aucune persécution de la part de ses camarades ou de ses professeurs, qu'en février 1899, il eut de grands maux de tête, qu'il entra à l'infirmerie du séminaire, et qu'un jour, ayant été endormi sans doute, car il y a ici une lacune dans ses souvenirs, il se trouva enfermé dans un asile privé. C'était vers le 15 février. Là, il nous dit avoir eu du délire, avoir pris des bains, avoir été purgé. Fin mai, il quitta cet asile, est amené par ses parents dans un hôtel suburbain, où vint une somnambule qui essaya vainement de l'endormir. Enfin ses parents l'amènent ici.

Etat physique à l'entrée : Capacité crânienne, 1.540 centimètres cubes.

Indice céphalique, 91 p. 100 (ultra-brachycéphale).

Pas d'asymétrie crânienne, cheveux châtain clair, souples.

Diamètre bizygomatique normal à 141, pour une hauteur faciale de 175, avec un léger degré d'asymétrie crânienne aux dépens du côté droit. Barbe naissante, noire, plus développée que la moustache, qui est presque absente ; nez normal ; oreilles bien faites, bien ourlées ; yeux, lèvres, langue normaux. Dentition normale et complète, palais neurotique.

Périmètre thoracique, 80 centimètres ; rudesse de la respiration au sommet du poumon droit, sans plus. Cœur, contractions rares (pouls lent permanent) ; colonne vertébrale normale. Les glandes mammaires sont anormalement développées, le mamelon est saillant, fortement pigmenté. Le ventre est souple, indolore ; le foie normal ainsi que la rate.

La verge et les testicules sont normaux, mais la sensibilité testiculaire est fortement diminuée. Implantation normale des poils au pubis. Membres inférieurs et supérieurs normaux, ces derniers très velus ; organes sensoriels normaux. Appétit conservé, pas de diarrhée, ni de constipation. Le chimisme sto-



macal a montré (1) : atonie stomacale, hyperacidité (5 p. 100), fermentations secondaires (acides organiques, 0.93 p. 100).

Sphincters continents, sensibilité générale normale dans tous ses modes. Réflexes cornéen, irien, patellaire et plantaire normaux. Abolition du réflexe pharyngien et du réflexe crémasterien à droite. Force musculaire conservée (24 des deux côtés au dynamomètre). Urines de composition normale. Température, 37°4; le pouls a oscillé entre 44 et 56. Parole normale, marche normale; la coordination des mouvements est bonne, il n'y a pas de tremblements. Sujet robuste, bien constitué. Hauteur : 1<sup>m</sup>66, envergure, 1<sup>m</sup>64. Réservé, sentiments affectifs conservés.

Nous ne constatons aucune conception délirante, le sommeil est bon, mais troublé de rêves avec paroles à voix haute; il parle d'archevêque, d'officiers, et il prétend ne pas se souvenir de ce qu'il a rêvé.

L'entrée en scène d'une somnambule n'avait pas laissé de nous surprendre fort; à quelque temps de là, nous voyons les parents, et nous leur demandons ce qui s'est passé; ils commencent par nier la somnambule, disant que seule une cousine était venue le voir; nous insistons, ils se consultent du regard, enfin la mère finit par dire : « Eh bien, monsieur, il faut tout vous dire. » Leur enfant était possédé du démon, ils l'ont fait exorciser. Le diable les tourmente, puisqu'il a déjà hanté leur maison à la campagne et qu'ils ont dû faire jeter de l'eau bénite; ils ont amené leur enfant ici pour qu'on achève la guérison en lui donnant des bains. Nous prenons donc la succession de la somnambule.

Munis de ces quelques renseignements, nous revoyons notre malade et, voici fidèlement contée l'histoire qu'il nous rapporte :

Le 13 février, S... écrit spontanément à son professeur une lettre pour lui demander de traiter ses élèves moins durement. Le lendemain, le supérieur le fait appeler, lui dit qu'il a l'esprit fatigué, et l'envoie passer l'après-midi chez un prêtre; le lendemain, est envoyé chez un autre prêtre; le 17 février, rentre en classe, prend part à une composition. Le soir, le supérieur lui fait faire des écritures, et tout à coup lui fait lire un texte grec au sujet duquel il lui pose diverses questions grammaticales. Le 18 février, est conduit à l'infirmerie, où le médecin

---

(1) Orliac. *Loc. cit.*

vient le voir le lendemain. « Il y eut beaucoup de bruit dans la rue, cette nuit-là », nous dit-il; or, son souvenir est exact : le soir du 18 février, il y eut des manifestations à Toulouse et un groupe de manifestants stationna un gros moment devant le séminaire.

Puis, lacune dans ses souvenirs, se voit en voiture; autre lacune, puis se voit trois jours en cellule, dans un établissement privé consacré au traitement des aliénés. On l'alimentait à la sonde. Il dit qu'à ce moment-là, tout ce qui était arrivé précédemment l'avait rendu malade et qu'il croyait qu'on recherchait alors l'antéchrist.

Le 29 mai, ses parents le font sortir, l'amènent dans une auberge suburbaine, où il reste jusqu'au 2 juin. Croyant qu'il est possédé du démon, ils le font exorciser le 29 et le 30 mai dans deux chapelles différentes. Le 31 mai, entrée en scène d'une somnambule : passes magnétiques, hypnose impossible, suggestion à l'état de veille. Le 1<sup>er</sup> et le 2 juin, promenades hygiéniques par ordonnance de la somnambule. Le 3 juin, il est amené à la clinique.

Il a été fort étonné par toutes ces péripéties, dont il ne peut soupçonner la cause; peut-être est-il une victime du directeur du séminaire, ou du directeur de l'asile privé, qu'il croit être le « chef des francs-maçons », ou enfin de ses parents qui veulent se débarrasser de lui pour avantager son demi-frère et sa demi-sœur.

La guérison se maintient, et le 20 juin, malgré notre désir de continuer l'isolement et le repos, sa famille le reprend.

Il est réintégré le 27 juin. L'excitation maniaque avait recommencé le 23 juin. L'état est grave, le malade est incohérent, en proie au délire religieux, paraît avoir des hallucinations, car il fixe souvent dans l'air un point imaginaire; il crache partout, frappe, fait du bruit, se donne des claques. Ne répond pas, mais reconnaît parfaitement son entourage; il pousse des cris, impossible de fixer son attention. Le pouls est fréquent (125), il n'y a pas de fièvre, l'appétit et la digestion sont bons, l'état physique est le même que précédemment. L'agitation dure jusqu'au 18 juillet avec un pouls toujours supérieur à 100. Insomnie complète, clastomanie. Il fait un jour une tentative d'évasion avec des crochets fabriqués par lui-même.

Tout d'un coup, le 18 juillet, tout cesse, le pouls redescend peu à peu, et aujourd'hui il a repris sa lenteur primitive.

L'état mental conserve un souvenir de cet accès, la mémoire est bonne, mais les conceptions sont lentes; le malade passe maintenant ses journées dans l'inaction, il lit quelques journaux, mais ne fait rien, n'exprime aucun désir, même pas celui de voir ses parents, obéit, répond bien. Le sommeil est bon.

Nous avons cherché à nous rendre compte des idées générales que pouvait avoir notre malade : il ne semble pas en avoir beaucoup, raisonne comme un écolier inconscient. Il rit lui-même de l'exorcisme, ne croit pas à la possession par le démon, qu'il regarde comme une fiction symbolisant l'esprit du mal. On peut considérer maintenant le malade comme étant à peu près guéri, mais il est certain que de nouveaux accès se reproduiront, et cela pour la principale raison que les parents continuent et continueront les pratiques superstitieuses qui ont eu une influence si considérable sur la maladie. Les faits que nous allons rapporter sont de nature à autoriser de telles allégations.

Il y a quelques jours seulement, nous avons appris par une personne amie de la famille qu'un *sorcier* dirigeait, et en ce moment même, toutes les évolutions des parents au sujet de leur enfant, et que si le malade n'avait pas été retiré prématurément comme la première fois, c'était que le sorcier n'était pas d'avis que l'observation dût encore cesser.

Comme la durée administrativement réglementaire de l'observation a cessé, que, vu la guérison, la mise en liberté a été prononcée, mais que le sorcier n'a pas encore ordonné la sortie, le père se multiplie en sollicitations de tous genres pour qu'on lui permette de nous laisser encore son fils.

Cette révélation a été pour nous un trait de lumière : pressé de questions, le malade vient de nous avouer que, lors de sa première sortie du service, il fut conduit de nouveau à l'auberge et que, comme la première fois, une somnambule était venue et avait si bien manœuvré qu'un accès d'agitation ne tardait pas à se produire.

Tous ces faits se passent évidemment de commentaires, surtout si l'on considère qu'ils se passent en 1899; ils montrent surabondamment tout le mal que peuvent faire tous les parasites de la médecine illégale, et combien il reste encore à faire pour l'éducation d'un peuple capable d'assister sans rire à une scène d'exorcisme et à une chasse au démon. Certainement les séances de dépossession de notre malade ont dû avoir lieu à huis clos; nous savons pertinemment que de telles séances ont

lieu encore trop souvent à la campagne; mais en 1896, nous avons vu à Toulouse, sur les marches de l'église de Saint-Sernin, un aliéné ou peut-être un fumiste qu'un prêtre en habits sacerdotaux exorcisait, et une centaine de personnes assistaient à cette mascarade aussi sérieusement qu'à une audition musicale ou à une parade militaire.

Obs. III. — P... (Marie), vingt et un ans, lisseuse, entre le 21 juillet 1899. Père, mendiant; mère, *minus habens* depuis une fièvre typhoïde qui évolua pendant qu'elle était enceinte de notre malade.

Cette dernière a toujours été fort peu intelligente, ses parents n'ont d'ailleurs jamais cherché à développer ou à faire développer ses facultés intellectuelles. Elle a présenté déjà du délire nocturne il y a environ un an, et il y a six mois des idées érotiques. Misère et paresse, dit le certificat médical.

Aujourd'hui, elle est malade depuis six mois : vagabonde, présente de nouveau du délire nocturne, frappe ses parents, ne veut pas travailler et se fait renvoyer de partout.

Tous ces phénomènes paraissent avoir eu pour cause des excès alcooliques. La malade est l'amie d'un garçon de cabaret qui facilite ses penchants; des praticiens, consultés, ont recommandé l'administration de reconstituants, vins dits généreux et médicamenteux; on voit que l'intoxication a été double et que la malade a pu réaliser doublement ses désirs.

Au moment de son arrivée à la clinique, P..., qui venait de passer plusieurs jours à l'Hôtel-Dieu, était à peu près désintoxiquée; elle ne présente, en conséquence, aucun phénomène morbide, sauf une paresse exagérée, sans aucun désir, apathie complète, s'accommodant parfaitement d'un manque de liberté pourvu qu'elle n'ait pas besoin de travailler. Diminution des sentiments affectifs. Vers le 6 août, léger accès d'agitation peut-être simulé à l'instigation des parents, qui auraient voulu voir leur fille mise à l'abri des soucis matériels de l'existence par une hospitalisation définitive.

Nous revoyons la malade en janvier 1900 dans le service de M. le professeur Mossé. Elle a recommencé à boire, présente du délire de rêve pendant trois jours. Elle rentre dans le même service en mars; incohérence, insomnie, état saburral des voies digestives, refus d'aliments. On proscriit tout alcool, mais le délire persiste, essentiellement génital; frottements du bassin, mouvements de coït, peut-être masturbation; clastomanie. Pendant la nuit le délire s'exagère encore.

La malade revient à la clinique le 5 avril 1900. L'appétit est très diminué, les idées érotiques persistent avec les mêmes caractères, mais étrangement mélangés à des restes instinctifs de pudeur, qui rendent tout examen impossible.

D'ailleurs, la confusion mentale est extrême, les sentiments affectifs sont complètement éteints ; la malade crie, chante, danse, pleure, rit. Elle ne paraît présenter que des hallucinations génitales, surtout quand les hommes s'approchent d'elle. De temps à autre, crises de convulsions toniques.

L'insomnie est presque complète pendant toute la durée de ce deuxième séjour, nous ne constatons aucune amélioration. Il semble que l'intelligence de la malade soit aujourd'hui pour toujours obnubilée et que tout doive se terminer par de la démence précoce. Un sourire niais éclaire constamment son visage, l'insensibilité physique et morale est complète, la malade ne prend aucun soin de sa personne.

Capacité crânienne, 1.495 centimètres cubes ; indice céphalique, 80 : tremblement de la langue, palais typique. Expiration prolongée au sommet du poumon droit. Réflexes irien et pharyngien abolis, plantaire diminué des deux côtés. Odorat diminué. Parole traînante, marche déhanchée, attitude courbée, tremblements des doigts.

(*A suivre.*)

---

---

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PERVERSIONS SEXUELLES

**Par le Dr Serge SOUKHANOFF**

Privat docent et médecin assistant à la clinique psychiatrique  
de Moscou.

---

On sait que les anomalies sexuelles peuvent se présenter sous des formes très variées. L'examen de diverses manifestations extérieures de cette anomalie n'entre pas dans notre sujet. Dans ce travail nous voudrions seulement citer l'observation abrégée d'un cas d'anomalie sexuelle qui ne se rencontre dans la forme que nous allons décrire, à ce qu'il paraît, que très rarement.

Il s'agit d'un malade de vingt-sept ans, dans la famille duquel, chez plusieurs membres, on peut noter des névroses. Le malade commença son éducation dans une école moyenne, mais sans succès; en outre, il affirme avoir dû quitter l'école par suite du manque de ressources de ses parents.

Étant ensuite entré comme secrétaire dans une maison privée, le malade n'y resta qu'un certain temps, ayant été obligé de quitter cette place à la suite des désagréments — des calomnies, comme il le prétend. Les quatre dernières années, il demeure sans aucune occupation chez des parents, qui, par pitié, l'hébergèrent chez eux. En ce qui concerne la sphère sexuelle, il y a déjà long-

temps, dès l'adolescence, qu'apparurent chez lui diverses irrégularités. L'excitation sexuelle se manifesta assez tôt; le malade, depuis longtemps déjà, commença à s'adonner à la masturbation et s'excitait très fort à la vue des femmes; puis, avec le temps, il fit des essais de coït, mais sans succès. C'est alors qu'il consulta un de ces médecins qui annoncent dans les journaux qu'ils guérissent les maladies secrètes; le traitement de ce médecin et les conseils qu'il lui donna ne lui furent pas favorables. Mais, un jour, le malade remarqua que cela lui faisait plaisir de regarder une femme uriner ou s'évacuer; demeurant un été à la campagne, il cherchait le moyen de pouvoir voir le tableau désiré. A ce qu'il paraît, cette vue provoquait chez lui une excitation sexuelle. Peu à peu le malade constata qu'il lui venait l'envie de prendre de quelque manière l'urine d'une femme pendant qu'elle urinait et de boire cette urine. Un jour, dans l'été de 1898, il parvint à trouver accidentellement des lieux d'aisances où, sans être remarqué par la femme qui urinait, il pouvait prendre de son urine et la boire. Après cela il répéta la manœuvre, d'abord assez rarement, ensuite il en abusa (d'après son expression); dans les premiers temps ce manège provoquait chez lui non seulement l'excitation sexuelle, mais encore une éjaculation.

Le malade raconte que, ne faisant absolument rien, il était tout absorbé dans l'idée de savoir comment il trouverait le moyen de se procurer de l'urine d'une femme pendant qu'elle urinait. Cela lui réussissait, lorsqu'il faisait sombre; en hiver, c'était plus facile qu'en été, lorsque les journées sont longues. C'est en cela, d'après ses paroles, que consistait toute son activité. Parvenant à trouver dans des cabinets d'aisances (1) des

---

(1) Le malade appartenait à la basse classe et demeurait dans

endroits où il lui était possible de tenir la paume de la main sous le siège de manière à la remplir d'urine, il l'ingurgitait (d'après son expression) et l'avalait; tout ce que nous venons de décrire n'éveillait point de dégoût en lui; au contraire, il en recevait un grand plaisir; il parvint même à distinguer l'urine d'après le goût et l'odeur. Quelquefois il lui arrivait de prendre dans la bouche des masses fécales, mais cela provoquait déjà un dégoût. Pendant un temps il tâchait de se procurer l'urine des femmes qui lui paraissaient plus ou moins attrayantes. Au commencement de cette année, après avoir pris dans la bouche de l'urine et des excréments, le malade sentit une irritation dans la bouche et une démangeaison à la lèvre. Alors le malade revint à lui, envisagea avec horreur ses manœuvres, eut peur d'avoir attrapé la syphilis; puis il crut l'avoir déjà gagnée, s'agita à ce propos, courut d'un médecin à un autre, suppliant qu'on lui dise franchement s'il n'avait pas déjà la vérole. Son humeur est déprimée et il est constamment dans une inquiétude très grande. Honteux de raconter en quoi consistait sa maladie, il me donna tout d'abord un petit billet où il disait qu'il avait honte de faire le récit de sa maladie; mais dans son billet aussi il avait honte d'avouer qu'il faisait tout ce qui vient d'être raconté, n'étant pas ivre, quoiqu'il eût écrit qu'au début, en prenant de l'urine, il était ivre; mais plus tard, en le questionnant, on s'assura qu'il ne prenait jamais de vin. « N'ayant pas eu jusqu'à présent des relations avec des femmes, écrit le malade, j'ai eu une pernicieuse passion et je devins semblable à un animal; d'abord en étant en état d'ivresse et, lorsque je me suis

---

les quartiers pauvres du faubourg de la ville; là, les lieux d'aisances pour la plupart sont froids, disposés hors des chambres habitées et ne sont pas liés à la canalisation centrale.



habitué, sans être ivre, je me suis permis une bassesse, à savoir, dans des lieux d'aisances lorsqu'une femme urinait, sans être remarqué d'elle, je tendais la paume de la main, et lorsqu'elle se remplissait d'urine, je prenais cette urine dans la bouche; je le faisais dans ces derniers temps presque chaque jour pendant environ deux mois. La dernière fois, après que je me suis permis la bassesse de prendre chez l'une, lorsqu'elle urinait, et chez l'autre lorsqu'elle s'évacuait, je reçus un eczéma sur la lèvre. »

Le malade dit que cela lui faisait aussi plaisir d'aller dans un cabinet d'aisances réservé aux femmes; là il tâchait de s'imaginer être une femme; quelquefois il attachait son pénis et dessinait avec du charbon la peau autour des organes génitaux, afin que l'illusion fût plus complète.

Le tableau de la perversion et des anomalies sexuelles dans le cas en question, conduisit à pousser l'examen de la sphère psychique du malade dans une certaine direction. Dans de semblables cas, avant tout il faut appliquer son attention aux obsessions, aux différentes impulsions morbides et aux diverses idées hypocondriaques, etc. En effet, en questionnant le malade, nous apprîmes que lui-même déjà remarquait qu'il avait beaucoup de bizarreries, toutes sortes de remarques, des superstitions, était toujours très inquiet pour sa santé, avait le caractère indécis et divers doutes morbides, toutes sortes d'impulsions, etc. Ainsi, par exemple, un jour il lui sembla que son nez avait une forme irrégulière, et voilà que le malade, pendant un assez long temps, à l'insu des personnes qui l'entouraient, s'efforçait de tirer son nez en bas.

De plus, l'existence de la perversion sexuelle décrite plus haut, consistant dans cela que le malade prenait l'urine et quelquefois les excréments dans la bouche, et

ce fait qu'il le faisait en pleine conscience — tout cela indique que nous avons affaire ici à un malade dont les facultés psychiques sont affaiblies. En causant avec lui, il est facile de s'assurer qu'en effet, ses facultés intellectuelles sont au-dessous de la normale. En ce qui concerne la manifestation extérieure de la perversion sexuelle, il faut remarquer que, dans ce cas, l'attraction pour le sexe féminin était conservée; le désir d'avoir des relations normales avec les femmes existait et existe chez lui présentement; mais toutes ses tentatives furent sans succès jusqu'à présent. C'est alors seulement que se manifesta l'impulsion normale pour le sexe féminin sous une forme si anormale. Pour le moment, le malade ne tâche plus de se procurer l'urine de la manière décrite plus haut. Peut-être, parfois seulement, l'idée lui vient qu'il faudrait le faire; mais, à ce qu'il paraît, ces impulsions de courte durée ne sont qu'une faible expression d'idées obsédantes. Quant au malade lui-même, il dit qu'il a horreur et est au désespoir à présent de ce qu'il faisait; il se blâme lui-même et pour le moment il a cessé de pratiquer ce moyen de satisfaction sexuelle. Il dit qu'il ne s'adonne pas à la masturbation actuellement, mais que les excitations sexuelles continuent, et il a souvent des pollutions. Présentement il est occupé à chercher chez lui des signes de la syphilis; il a peur du moindre petit bouton qui se développe sur son corps; il pense qu'il a gagné la syphilis par le gosier; c'est pourquoi il s'adresse aussi aux laryngologistes en les priant de s'occuper de lui et de lui dire franchement s'il a ou non la syphilis. Il semble au malade que déjà tout son sang est infecté et que ses intestins sont gâtés par l'absorption d'aliments anormaux, etc. Il dit que parfois il s'inquiète tellement qu'il est près de se suicider. Malgré toutes les assurances qu'il n'a point la syphilis, que l'examen, fait

par un des médecins spécialistes, a donné des résultats négatifs, le malade ne se calme que pour peu de temps et puis il commence de nouveau à se tourmenter et à courir les hôpitaux, cherchant à savoir s'il a ou non la syphilis.

Les données de l'examen de la sphère psychique du malade et de ses antécédents démontrent d'une manière très claire que l'anomalie sexuelle en question n'est qu'un des nombreux symptômes de dégénérescence psychique qu'on peut constater dans le cas donné.

---

---

# Thérapeutique.

---

LE

## TRAITEMENT DES ALIÉNÉS

PAR LE REPOS AU LIT

Par le Dr Adam WIZEL

Chef de service à l'asile d'aliénés de Tschiste, près Varsovie.

---

La thérapie contemporaine des maladies mentales est un des plus grands triomphes de la médecine. On peut dire sans exagération que dans aucune branche de la thérapeutique le progrès de la science ne s'est signalé à un si haut degré que dans le domaine du traitement des aliénés. L'histoire du traitement des malades en général appartient aux pages les plus tristes de l'histoire de la médecine; cependant aucune catégorie de malades ne s'était inscrite d'une manière aussi tragique dans les fastes du martyrologe que celle des aliénés. Je ne veux pas parler ici des temps anciens, attendu qu'en Grèce, à l'époque d'Hippocrate, on voit déjà poindre la juste appréciation de l'aliénation mentale et la manière rationnelle de traiter les aliénés.

Le martyrologe des aliénés se rapporte au moyen âge et aux temps modernes, c'est-à-dire à partir du commencement de l'ère chrétienne jusqu'à nos jours. La plus grande part des tortures revient, bien entendu, au moyen âge, l'âge d'ignorance et de barbarie.

En ces temps-là on considérait l'aliénation mentale comme quelque chose de mystique, de surnaturel ; l'aliéné fut considéré comme suppôt du diable ou possédé. Grâce à ces idées, on traitait les malades par les pratiques religieuses, et lorsque celles-ci n'atteignaient pas leur but, on les remettait entre les mains des bourreaux. Les malades obstinés, on les brûlait sur les bûchers, qui flambaient par milliers dans tous les pays de l'Europe. Qui donc pourrait dire au juste combien de victimes innocentes périrent par la main des justiciers ?

L'extermination des aliénés provenait des idées démonologiques du clergé et du peuple ; on croyait qu'en exterminant les aliénés, on détruisait en même temps le pouvoir de l'esprit malin, dont le malade avait été en quelque sorte le représentant, et l'on mettait par ce moyen une limite à la domination de Satan.

Or, ce n'étaient pas toujours des motifs religieux qui provoquaient les exécutions sanglantes des aliénés. A ces motifs s'ajoutaient aussi des considérations d'Etat. Les aliénés constituaient un élément nuisible, dangereux au sein de la société, et pour cette raison il fallait les poursuivre avec la même inexorable sévérité avec laquelle on poursuivait les criminels ordinaires. Pour les uns comme pour les autres, il n'y avait pas de moyen plus propre que la peine de mort.

Mais, avec le temps, sous l'influence de la culture, les idées humanitaires commencent à s'éveiller, la compassion augmente, les mœurs s'adoucissent. Les idées surnaturelles sur l'aliénation mentale durent encore sans rien perdre de leur vigueur ; mais la persécution des aliénés, ces prétendus sorciers et possédés, devient moins atroce. La peine de mort devient plus rare, on la remplace plus fréquemment par des prisons et des asiles spéciaux.

Cependant ces derniers n'ont pas réussi à supprimer

entièrement la peine de mort, vu qu'au <sup>xvii</sup><sup>e</sup> siècle flambaient encore les bûchers pour de malheureux aliénés. Les asiles, dont nous avons fait mention, commençaient à paraître au <sup>xv</sup><sup>e</sup> siècle.

Le premier asile d'aliénés a été établi en Espagne par les religieux de l'ordre de la Merci, qui, ayant des rapports fréquents avec les peuples mahométans, voyaient chez eux des hospices pour les aliénés. De l'Espagne, les asiles passèrent dans les autres pays de l'Europe.

Mais quel était le traitement dans ces asiles? Girard de Villethierry, historien de Saint-Jean de Dieu, qui avait été traité dans un des asiles pour les aliénés, raconte ce qui suit : « On le traita d'abord dans l'hôpital des insensés, avec beaucoup de douceur pour voir si son esprit ne se remettrait point ; mais on changea bientôt de conduite, parce qu'on reconnut que son délire continuait toujours et que ses folies allaient en augmentant. On lui laissait des menottes aux pieds et aux mains ; on le dépouilla, on le battit de verges, et on déchira son corps avec une corde nouée et double, afin que la douleur le fît rentrer en lui même et le guérît de cette frénésie, comme cela arrive assez souvent (1). »

Par cette citation, on peut voir que dans les asiles en question pénétrèrent les mêmes principes de « traitement » qui avaient été professés par toutes les classes du peuple, et que le sort des malades qui y avaient été internés était digne de pitié. On n'y connaissait pas, c'est vrai, la peine de mort ; mais pour exorciser le diable, on avait recours aux tortures les plus atroces.

Tels étaient les faits jusqu'au <sup>xviii</sup><sup>e</sup> siècle. A cette époque commencent pour la première fois à poindre des

---

(1) D<sup>r</sup> Jules Rochard. *Encyclopédie d'hygiène*. Paris 1897, t. V, p. 656.

idées plus justes sur l'aliénation mentale. Les voix des médecins s'élèvent, d'abord faibles, puis plus énergiques et plus fréquentes, protestant que l'aliénation n'est autre chose qu'une maladie, un phénomène des fonctions dérangées du cerveau, qu'il fallait traiter les aliénés aussi bien que tous les autres malades, qu'il fallait confier le traitement aux médecins et non pas au clergé, puisque les pratiques religieuses n'y apportaient aucun soulagement, enfin, qu'il fallait établir pour les aliénés des hospices spéciaux. Cette conviction commence peu à peu à prédominer, et dans la première moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle est établi à Londres le premier hôpital pour les aliénés (Saint-Luke's hospital), et en 1786, dans l'hôpital Hôtel-Dieu à Paris, on établit quelques lits pour les aliénés. Quelques ans plus tard, en 1792, se produisit un fait bien significatif dans l'histoire de la psychiatrie : on ôta les fers aux aliénés en France.

On pourrait croire que désormais la thérapeutique des maladies mentales marcherait d'un pas rapide vers le progrès. Les aliénés furent, en effet, arrachés aux mains du pouvoir laïque et spirituel et passèrent sous la sauvegarde des médecins. Mais, pendant que la pathologie mentale, cultivée par les médecins d'alors, faisait des progrès notables, la thérapie se développait très insuffisamment. Bien que les aliénistes de la fin du XVIII<sup>e</sup> et du commencement du XIX<sup>e</sup> siècle eussent traité les aliénés avec plus de douceur que les autorités et le clergé des temps passés, plusieurs d'entre eux appliquaient néanmoins à leurs malades le système de violence, et tâchaient d'atteindre par la force brutale l'amélioration de l'état psychique.

Le point de vue théorique changea radicalement; mais les méthodes curatives, bien que plus douces, restèrent en principe les mêmes. Plusieurs ouvrages des aliénistes

d'alors peuvent nous en convaincre. Dans ces ouvrages nous trouvons la description d'un grand nombre d'appareils barbares destinés au traitement des aliénés. Ainsi, par exemple, on y décrit la machine tournante ou, proprement dit, lit tournant (on y attachait le malade de manière qu'il eût les pieds tournés vers le centre et la tête vers la circonférence, et puis on lui imprimait à l'aide d'une machine très compliquée un vif mouvement rotatoire); puis le cercueil anglais (c'était une boîte ressemblant à un vrai cercueil, avec une ouverture pour le visage), dans lequel le malade pouvait à peine bouger; la roue, qui forçait le malade à marcher continuellement et à faire sans cesse attention à soi; le masque d'Authenrieth, appareil très ingénieux, empêchant le malade de crier; la chaise de force, le berceau de force, la corde forçant le malade à se tenir debout, etc., enfin la camisole de force. Chose singulière, la camisole de force jouissait alors d'une réputation bien médiocre, puisqu'elle se déchirait facilement, et pour cette raison elle n'était pas bien sûre. On traitait souvent ainsi les malades dans la première moitié du siècle courant. Il est vrai que même dans ces temps-là s'élevaient parfois des protestations contre la méthode de la violence. Ainsi, par exemple, en 1839, un aliéniste anglais, Conolly, exigeait la suppression de tous les moyens coercitifs, et déclare le principe honorable du « no-restraint ». Mais sa voix retentit pour cette fois en vain, on continuait presque partout à traiter les aliénés avec violence.

Et cependant la vérité triompha avec le temps; peu à peu les aliénistes sont insensiblement arrivés à la conviction que les moyens coercitifs dans le traitement des maladies mentales étaient en effet superflus, du moins dans la norme employée alors, et on commençait à éloigner des asiles avec précaution quelques instruments de violence. Or, ces relégations avaient lieu d'une



manière bien inégale ; par conséquent, dans différents pays et dans différents établissements on appliquait en même temps les systèmes les plus variés : pendant que dans les uns on s'approchait du principe du libre traitement, dans les autres on usait largement de toutes sortes d'instruments de violence. Néanmoins la question avançait, le principe de « no-restraint » mûrissait toujours et devenait plus répandu, de sorte que trente ans après il ne resta plus, de tout l'arsenal des moyens coercitifs, que deux, à savoir : la camisole de force et la cellule. Mais le temps vint où de vives protestations s'élevèrent contre ces restes de la thérapie d'autrefois.

On protesta avant tout contre la camisole. La lutte contre la camisole eut lieu surtout durant ces derniers soixante ans : son arène était l'Allemagne. Les adversaires de la camisole démontraient avec une logique implacable tous les fâcheux effets de ce moyen coercitif. La campagne fut longue et passionnée ; mais enfin les adversaires de la camisole remportèrent une victoire complète, et de nos jours la camisole de force est en Allemagne officiellement condamnée et bannie des asiles pour les aliénés (1). En même temps on commençait dans les autres pays à supprimer la camisole entièrement ou, du moins, à en restreindre l'usage. En Angleterre, par exemple, où l'on n'avait pas encore supprimé complètement la camisole jusqu'en 1893, son usage fut restreint jusqu'au minimum. Ainsi, par exemple, le compte rendu annuel de cinq asiles à Londres, au chiffre général de 11.000 malades, montre qu'en 1892-1893 la camisole avait été appliquée soixante-cinq fois (2).

---

(1) Dr Scholz. Die nächste Aufgabe der Irrenpflege. *Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, 1896.

(2) Dr W. Koenig. Einige Mittheilungen über den heutigen Stand des Irrenwesens in England und Schottland. *Allg. Zeit. f. Psych.* 1896.

Donc, de tous les moyens coercitifs, ce n'est que la cellule qui garda jusqu'à nos jours sa bonne réputation ; mais actuellement on se met en campagne aussi contre elle. Cette campagne coïncide avec le moment de la découverte et de la popularisation d'une nouvelle méthode de traitement, savoir : le traitement par l'alitement. Cette méthode, qui peut à juste titre s'appeler une découverte faisant époque dans la psychiatrie, supplante peu à peu la cellule. Il existe à présent une quantité d'asiles où cette dernière est abolie tout à fait.

De tout ce que nous venons d'exposer, il résulte que la complète émancipation des aliénés commence à s'affirmer définitivement. Autrefois, au moyen âge, on traitait les aliénés avec toute la barbarie de l'ignorance et du fanatisme, considérant la peine de mort comme le moyen le plus efficace. Au xvi<sup>e</sup> siècle, la peine de mort est appliquée plus rarement, elle est remplacée d'ordinaire par des prisons et des hospices avec le système des peines corporelles. Plus tard, au milieu du xviii<sup>e</sup> siècle, les aliénés furent affranchis de la surveillance des autorités et du clergé, et passèrent sous la protection des médecins. Mais ils ne cessèrent pourtant pas, même alors, d'être un objet de violence, et ce n'est qu'au milieu du siècle présent qu'on commença à les traiter d'une manière plus humaine. Dès lors, l'émancipation des aliénés progresse rapidement, surtout pendant les derniers trente ans, et à présent, grâce à la condamnation de la camisole et de la cellule dans maints établissements et grâce à l'application de la méthode du « traitement par le repos au lit », l'aliéné est enfin entièrement émancipé et obtient cette liberté, que Conolly avait autrefois rêvée. Le couronnement de cette lutte séculaire pour la liberté est justement la méthode mentionnée du « traitement par le repos au lit ». Cette méthode mérite bien la plus grande estime et une pro-

pagande énergique dans la presse médicale. A présent elle traverse encore une phase évolutionnaire et rencontre, comme toute chose nouvelle, beaucoup d'adversaires ; il faut toutefois espérer que dans l'avenir elle sera généralement obligatoire.

Après ces remarques préliminaires, nous pouvons passer à l'examen de la méthode du « traitement par le repos au lit ».

L'histoire de cette méthode est bien courte. Il y a quarante ans, deux aliénistes, Guislain et Ludwig Meyer, en font mention dans leurs ouvrages pour la première fois. Les opinions de ces auteurs ne trouvèrent pourtant pas d'approbation et les malades continuèrent d'être traités comme par le passé. Ce n'est que plus tard que les aliénistes allemands commencèrent à essayer la méthode du « traitement par l'alitement », d'abord avec précaution, puis plus tard, en 1870 à Göttinguen, et en 1877 à Brême, sur une plus large échelle. Depuis lors, la méthode progresse rapidement et le nombre d'asiles allemands qui appliquent le traitement par l'alitement augmente toujours. En même temps s'élèvent de vives discussions dans la presse, auxquelles Neisser devait donner une vive impulsion par son discours prononcé en 1890, au Congrès international de médecine de Berlin.

Qu'est-ce donc que la méthode du « traitement par l'alitement » ? en quoi consiste-t-elle ?

Cette méthode consiste en ce qu'on alite les aliénés, même les plus agités, sans les gêner en rien. Les malades sont déshabillés et couchés tout à fait comme les malades ordinaires. Les malades passent au lit des semaines et même des mois entiers. Ils peuvent pourtant se lever du lit quelquefois tous les jours, soit pour prendre la nourriture, soit qu'un autre besoin l'exige. Le traitement par l'alitement, qui, dans les autres branches de la thérapie, n'est qu'un régime prescrit par le médecin ou par la

nature, devient dans la psychiatrie une méthode de traitement ayant de grands avantages. Nous parlerons de ces avantages ci-après, ici nous examinerons les indications pour la méthode en question.

Neisser (1) voit l'indication pour le traitement par l'alitement dans les cas suivants : psychoses provenant de l'épuisement (psychoses puerpérales, menstruelles et psychoses causées par des maladies contagieuses), tous les cas de mélancolie, psychoses se distinguant par l'excitation, enfin les cas de paralysie progressive.

Kraepelin (2) y comprend encore un plus grand nombre ; d'après son avis, doivent garder le lit : 1° tous les malades dont l'état physique exige l'alitement, savoir : *a*) malades atteints de différentes maladies de corps, *b*) malades atteints de phénomènes paralytiques, *c*) épuisés et souffrant de marasme, *d*) malpropres, *e*) ceux qui se nourrissent mal ; 2° malades atteints de dépression mélancolique et de stupeur ; 3° les maniaques (y compris les malades atteints de manie périodique et de folie circulaire) ; 4° enfin, les malades qui doivent être alités pour différentes causes, à savoir : tous les nouveaux arrivants, ceux qui sont traduits en justice, morphinistes, cocaïnistes, épileptiques et autres.

Nous concluons de ce qui précède, que la sphère des indications pour la méthode du traitement par le repos au lit est très vaste. Il faut appliquer l'alitement dans tous les cas où il s'agit, soit d'épargner les forces physiques du malade, soit d'épargner ses forces psychiques, soit pour le surveiller strictement, soit enfin pour diminuer son excitation.

---

(1) Neisser. Die Bettbehandlung der Irren. *Berl.klin. Wochen.* 1890, n° 38.

(2) Kraepelin. Ueber die Wachabtheilung der Heidelberger Irrenklinik. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1893.

Kraepelin und Sioli. Ueber Ueberwachungsabtheilung. *Allg. Zeitsch. f. Psych.* 1895.

La méthode du traitement par l'alitement n'est pas toujours facile à appliquer. Les malades affaiblis, épuisés, invalides, indifférents, etc., peuvent être gardés au lit sans difficulté ; mais il n'en est pas de même avec les malades emportés, violents, furieux. Et pour cette raison la technique du traitement par l'alitement demande l'examen le plus minutieux. Pour pouvoir effectuer dans les cas ci-dessus la méthode de l'alitement, il faut poser une foule de conditions. Tout d'abord, il faut poser la condition<sup>1</sup> suivante : que tous les malades alités, à l'exception d'un très petit nombre, soient sans cesse surveillés par le personnel du service. Le système de surveillance continue des aliénés n'est pas nouveau ; dès 1853, l'aliéniste Parchappe (1) proposait la création du « quartier de surveillance continue ». Dans ce quartier, Parchappe considérait comme indispensable de placer les malades souffrant physiquement, les malades enclins au suicide, enfin les malades aux habitudes immorales. La même idée fut développée plus tard par Gudden (2), qui considérait de même indispensable d'étendre une surveillance sans relâche sur une certaine catégorie de malades. L'idée de Parchappe ne trouva pas de juste appréciation. Gudden fut plus heureux ; grâce à son plaidoyer, on commença par-ci et par-là à établir des quartiers de surveillance. A présent les quartiers de surveillance jouissent d'une bonne réputation et sont répandus surtout en Allemagne.

Par cette ébauche historique nous voyons que l'idée de surveillance surgit indépendamment de l'idée du traitement par l'alitement ; cependant, dans la suite, ces idées se sont développées d'une manière harmonique, se sont

---

(1) Parchappe. *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*. Paris, 1853.

(2). Gudden. Ueber die Einrichtung von sogenannten Ueberwachungsstationen. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1886.

soudées et sont devenues à la fin un ensemble thérapeutique de la plus haute importance. La surveillance n'est pas, à proprement dit, une méthode curative, une telle valeur n'appartient qu'à l'alitement seul ; la surveillance est pourtant bien importante, vu qu'elle rend possible l'application du traitement par l'alitement.

Le rôle des surveillants est bien important, surtout lorsqu'il s'agit d'un malade agité. Pour qu'un tel malade reste couché, il faut absolument que le gardien soit toujours près de lui. Quand le malade s'agite sur son lit, il doit l'obliger par la persuasion de se recoucher ; quand il saute à bas du lit, le reconduire au lit et le coucher, le couvrir de la couverture, et en cas de plus grande excitation, s'asseoir près de lui et tâcher de le calmer. Il doit remplir cette tâche, bien entendu, avec toute la sollicitude, toute la délicatesse possible. Une tâche aussi difficile ne doit pas être confiée au premier venu, aussi faut-il que le médecin choisisse le personnel du service avec circonspection et se donne la peine de l'instruire à cet effet.

Une autre condition, que les auteurs font valoir tout particulièrement, est que les malades soient immédiatement après leur arrivée à l'établissement, soumis au traitement par le repos au lit. Plus on tarde à appliquer cette méthode, plus il est difficile d'obliger le malade à rester couché, et les malades qui ont passé des années entières dans l'asile s'y opposent ordinairement plus obstinément. Ils sont habitués au mouvement continu et ne passent pas facilement au régime justement contraire. C'est pourquoi je tiens, dans mon service, à ce que tout malade nouvellement arrivé soit immédiatement couché. Certes, lorsque j'estime l'alitement comme superflu, j'en débarrasse le malade après quelques jours d'observation, et ceux qui, par leur état psychique, exigent l'alitement, continuent à rester au lit.

Dans le plus grand nombre des cas, les malades, s'ils sont immédiatement alités, se calment et s'habituent au lit. Cependant, dans quelque cas, l'excitation des malades ne diminue pas; alors le médecin est obligé d'avoir recours, pour en diminuer la violence, aux différents moyens auxiliaires. Parmi ces moyens méritent avant tout d'être nommés les procédés de l'hydrothérapie. Aux malades qui sont furieux, il faut appliquer des bains chauds de longue durée ou des enveloppements. Ces derniers sont, d'après mon avis, des moyens souverainement calmants et s'appliquent plus facilement. C'est pourquoi, dans mon service, tous les malades très excités sont soumis, si leur état physique le permet, à des enveloppements. Ils sont couchés dans les draps et couvertures de une heure à trois heures et, grâce à ce procédé, ils se calment presque toujours complètement. Il y en a aussi qui s'échappent de ces enveloppements; mais il est bien facile de les en empêcher. D'autres malades, pendant qu'ils sont couchés dans les draps, se calment à tel point qu'ils s'endorment même; d'autres s'endorment après.

Quelques aliénistes reprochent aux enveloppements d'être un moyen aussi brutal que la camisole. Ce reproche est, à mon avis, absolument injuste. C'est pour les individus psychiquement sains que nous employons souvent l'enveloppement comme procédé curatif; donc il perd, par cela même, le caractère coercitif. Et puis, la camisole n'est mise que dans le but d'immobiliser le malade, tandis que l'enveloppement est employé pour le calmer. La différence entre la camisole et l'enveloppement est bien reconnue par les malades eux-mêmes. Aucun malade ne se révolte de ce qu'on lui fasse subir l'enveloppement; s'il n'est pas toutefois privé de conscience, il comprend fort bien que celui-ci est un vrai moyen curatif et il ne s'avisera jamais,

après sa guérison, de reprocher au médecin de le lui avoir prescrit.

Les médicaments calmants et narcotiques sont aussi un auxiliaire très important. Tous les remèdes pharmaceutiques de ce genre y sont employés, avec cette différence toutefois que, lorsque les malades sont couchés, ils sont prescrits en quantités beaucoup plus petites. Tous les aliénistes qui appliquent la méthode du traitement par le repos au lit, constatent que les médicaments calmants et somnifères sont dépensés beaucoup moins qu'avant l'application de cette méthode. Ainsi, par exemple, Wattenberg (1) démontre qu'en 1895 les malades ont consommé :  $1/6$  de bromures,  $1/4$  de chloral,  $1/22$  de morphine,  $1/10$  d'extrait d'opium,  $1/21$  de paralaldéhyde,  $1/2$  de sulfonal de moins qu'en 1893. Ainsi donc, grâce à la méthode du traitement par le repos au lit, la consommation des remèdes chimiques diminue notablement.

En ce qui concerne mon service, je ne pourrais pas me vanter d'aussi beaux résultats ; cependant, depuis l'application de la méthode de traitement par le repos au lit, mes malades consomment également moins de médicaments calmants et narcotiques. Ainsi, par exemple, dans le dernier mois, il a été consommé moins de 29 grammes de sulfonal, 60 grammes de chloral, 160 grammes de bromures, 5 grammes de laudanum que pendant le même espace de temps, il y a six mois, et encore je n'ai pas prescrit de morphine, d'extrait d'opium, de paralaldéhyde, tandis qu'il y a six mois, les malades ont consommé pendant un mois, outre les remèdes ci-dessus : 2,72 d'extrait d'opium, 0,52 de morphine et 20,0 de paralaldéhyde.

---

(1) Wattenberg. Sollen wir isoliren. *Allg. Zeit. f. Psych.*, 1896.



Voilà les données les plus générales concernant la technique de la méthode du traitement par l'alitement sur lesquelles tous les psychiatres sont d'accord. Il existe pourtant une question concernant la méthodologie sur laquelle les opinions des aliénistes ne sont pas concordantes. Cette question est la suivante : faut-il placer les aliénés alités dans les pièces communes ou particulières ?

Neisser (1), médecin en chef de l'asile de Leubus, un des premiers apôtres du traitement par l'alitement, soutient qu'il faut toujours tâcher de tenir les malades dans les chambres communes ; à son avis, « l'expérience prouve que dans l'énorme majorité des cas, même pendant une grave excitation, on réussit à accoutumer les malades à coucher dans les pièces communes ». Sa répugnance de placer les malades dans les chambres particulières, il la justifie par ce fait, que l'isolement d'un malade, même quand il a lieu par suite d'une grande agitation et pour en préserver l'entourage, est toujours une cruauté. Neisser reconnaît qu'il y a des cas où il n'est guère possible de calmer le malade et de l'obliger à être couché dans la chambre commune ; il ne reste donc autre chose à faire que de l'isoler. Mais des cas pareils, pendant l'application de la méthode du traitement par l'alitement, sont fort rares (à Leubus se passent parfois des semaines et des mois entiers sans isolement) et ne doivent en rien modifier le principe général, qui est de tenir les malades, même agités, dans les salles communes.

Hebold (2), médecin de l'asile de Lorau, lui aussi un partisan du traitement par le repos au lit, ne condamne pas aussi sévèrement l'isolement. Il soutient qu'il y a

---

(1) Neisser. Noch einmal die Bettbehandlung der Irren. *Allg. Zeit. f. Psych.*, 1894.

(2) Hebold. Bettbehandlung und Zelle. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1891.

des malades qui, étant couchés au lit, ne se calment point tant qu'ils sont avec d'autres malades, et qu'il suffit de les transporter dans une pièce particulière pour qu'ils se calment immédiatement. Puis Hebold ajoute qu'il y a des malades qui, eu égard à leur ancienne position sociale et leurs habitudes domestiques, ne couchent pas volontiers dans une salle commune, et préfèrent être seuls. Pour ces raisons, Hebold proteste contre ses confrères qui qualifient l'isolement de cruauté, surtout lorsque la chambre isolée possède toutes les qualités d'une chambre à coucher, qu'elle est bien aérée et suffisamment spacieuse.

Scholz (1), directeur de l'asile de Brême, est, comme Neisser, ennemi de toute isolement. A son avis, la méthode de traitement par l'alitement rend l'isolement superflu. Mais cet auteur reconnaît en même temps qu'il y a des cas exceptionnels, d'ailleurs fort rares, où il est tout à fait impossible, à cause de la violence extrême du malade, de le tenir dans la pièce commune, et alors il ne reste autre chose à faire que de l'isoler. Mais en isolant le malade, il ne faut pas le placer dans une cellule, mais dans une pièce ordinaire, et sa literie ne doit pas être du crin végétal, mais un lit ; enfin, il ne faut pas le laisser seul, mais en compagnie d'un gardien ; en un mot, la pièce isolée doit être arrangée d'après tous les principes du « traitement libre » et le malade qui s'y trouve doit être traité par la méthode de l'alitement.

Le Dr Wattenberg (2), directeur de l'asile de Lubeck, soutient aussi énergiquement le principe du « libre traitement ». En traitant la matière, il donne avant tout la définition de l'isolement, comme il l'entend. « Sous le

---

(1) Scholz. *Loc. cit.*

(2) Wattenberg. *Loc. cit.*

nom d'isolement, d'après Wattenberg, il faut entendre le placement du malade excité dans une pièce, où il reste tout seul ou sans surveillance suffisante, et où il n'est pas en état de faire du mal, soit à soi-même, soit à son entourage. Ainsi, on a tort d'appeler isolement, le fait de séparer le malade et d'étendre sur lui la surveillance continue et les soins assidus, ou bien lorsque nous le transportons dans une chambre à coucher ordinaire aux portes ouvertes, où il sera en liberté. »

Ayant ainsi défini l'isolement, Wattenberg affirme que l'isolement ainsi entendu doit être complètement abandonné. Les malades très agités qu'on ne peut pas calmer par la méthode du traitement au lit dans la pièce commune, doivent être transportés dans une chambre isolée, et là, être traités d'après les principes de « surveillance » et d'alitement.

Nous voyons que, sous ce rapport, Wattenberg s'accorde dans le principe avec Scholz, et ne diffère de lui qu'en ce qu'il ne qualifie point d'isolement le traitement du malade dans une pièce particulière.

La technique du « traitement par le repos au lit » dans les cas d'excessive agitation est appliquée par l'auteur de la manière suivante.

Admettons, dit-il, qu'il s'agit d'un malade nouvellement arrivé, souffrant de manie aiguë. Wattenberg essaie avant tout de le calmer par un bain, des médicaments calmants et en le couchant dans la salle commune. Si cela n'a pas d'effet, il le fait transporter dans une pièce particulière, dont la porte reste ouverte, afin qu'on puisse le surveiller continuellement. Il y a des malades qui se calment dans des conditions pareilles ; dans le cas contraire, si le malade continue à crier et à s'agiter, on le transporte de nouveau dans la salle commune, et on lui prescrit l'enveloppement. Dans la majorité des cas, le malade se calme enfin ; d'ailleurs, au pis

aller, on le fait transporter de nouveau dans une pièce particulière, et on lui applique là l'enveloppement.

Kraepelin (1) est aussi d'avis qu'il faut placer les malades très agités dans des chambres particulières. Cet aliéniste pousse encore plus loin la division des malades. Il dit qu'en général il n'est pas bon de mettre ensemble les malades tranquilles avec les malades excités, et considère pour cela comme indispensable d'établir dans les asiles, pour chacune de ces deux catégories, des quartiers de surveillance distincts; en outre, il ajoute que vu la quantité d'indications pour la méthode du traitement par le repos au lit, il serait à désirer que le nombre des salles de surveillance fût augmenté autant que possible, car de la communauté des différents malades résultent souvent de sérieux inconvénients. Kraepelin emploie rarement des chambres particulières.

Dans un travail de Bechterew (2), qui a appliqué dans sa clinique la méthode du traitement par l'alimentation, nous trouvons l'opinion que les malades excités ne doivent pas être ensemble avec les malades tranquilles, parce qu'ils excitent ces derniers et que les malades très excités doivent être placés dans des chambres particulières *aux portes ouvertes*. Il faut mentionner encore le travail de Heilbronner (3); de la clinique de Breslau, dans lequel l'auteur se pose en extrême partisan de la parcellation du quartier de surveillance.

L'auteur part du principe que l'asile doit accorder au malade les meilleurs soins et la plus parfaite tranquillité. Si l'on place un aliéné dans un établissement, ce n'est pas seulement pour l'éloigner des impressions quo-

---

(1) Kraepelin. *Loc. cit.*

(2) Bechterew. *Du traitement des aliénés par le repos au lit* (en russe). *Obozrenie psichiatrii*. Pétersbourg, 1897.

(3) Heilbronner. *Bettbehandlung und Einzelzimmerbehandlung*. *Allg. Zeit. f. psychiatrie*, 1897.

tidiennes, mais aussi pour qu'il trouve dans l'établissement même un milieu exempt de fâcheux excitants. Et cependant, si nous plaçons les malades tranquilles ensemble avec les malades furieux, nous contribuerons à l'excitation des malades tranquilles.

La réalité confirme ce principe. Il arrive souvent qu'un seul malade agité fait perdre l'équilibre à toute la salle jusqu'ici tranquille ; et *vice versa*, après l'éloignement d'un seul malade bruyant, tous les malades se calment. Partant de ce principe, l'auteur conseille d'isoler les malades de manière qu'ils puissent jouir du calme le plus parfait. L'auteur ajoute cependant que, même dans la meilleure division des malades, il peut arriver que l'isolement de l'aliéné, vu son excessive excitation, devient de rigueur. Mais en appliquant l'isolement, l'auteur prend la peine d'entourer les malades isolés des soins les plus assidus : dans la chambre particulière, il les traite de la même manière que dans la chambre commune, c'est-à-dire par le repos au lit avec surveillance continue des gardiens. Puis, l'auteur fait observer, comme Hebold, qu'il y a des malades auxquels la nécessité de coucher dans la pièce commune cause un véritable ennui. On sait bien que les personnes psychiquement saines, se rendant dans les maisons de santé ordinaires, demandent, autant que leurs moyens le permettent, des chambres particulières. Pourquoi donc ne pas placer des aliénés appartenant à la classe sociale supérieure dans les chambres particulières ? Il n'y a donc rien de « cruel » en cela. Ainsi donc, ayant en vue les malades de ce genre et les malades ressentant le plus l'influence défavorable du voisinage, l'auteur propose la parcellation du quartier de surveillance.

Ayant une telle opinion sur l'importance de l'isolement, l'auteur considère le terme « isolement » comme impropre et le remplace par un autre moins malsonnant,

savoir : traitement dans une chambre particulière (*Einzelzimmerbehandlung*), et en même temps il fait remarquer, que l'isolement ainsi entendu n'a rien de commun avec l'ancienne idée de l'isolement en cellule. Autrefois, l'isolement ôtait aux surveillants toute responsabilité pour les actions du malade, — à présent la chambre particulière exige au contraire la plus grande vigilance de la part des surveillants.

Dans la clinique de Breslau, il est devenu habituel que les malades traités dans les chambres particulières soient surveillés par des infirmiers et non par de simples gardiens, et que le médecin de l'établissement prenne beaucoup plus de soins du malade isolé que d'un autre malade.

En résumant les opinions ci-dessus, nous en concluons ce qui suit :

En appliquant la méthode du « traitement par le repos au lit », les uns s'efforcent de traiter les malades les plus variés, sans égard à leur état psychique, dans les salles communes ; les autres séparent les malades tranquilles des malades excités, et pour chacune de ces deux catégories de malades créent des salles distinctes de surveillance. Les premiers désirent dissoudre en quelque sorte l'élément agité dans le milieu tranquille, en s'appuyant sur le fait qu'un malade agité se calme souvent dans la société des malades tranquilles ; et les autres, partant du principe que le malade excité exerce une influence défavorable sur les malades tranquilles, conseillent de séparer les malades tranquilles des malades excités.

Quant aux malades furieux, qui ne se calment point dans la salle de surveillance, malgré l'alitement, malgré les médicaments calmants, malgré les enveloppements et les bains, tous les aliénistes, qui font usage de la méthode du traitement par le repos au lit, sont d'accord

que de pareils malades doivent être placés dans les chambres particulières ; et toute la différence entre les opinions des divers auteurs consiste en ce que, tandis que les uns ont de la répugnance à recourir à ce moyen, le considérant toujours comme une cruauté (ainsi que Neisser, par exemple), les autres, bien que rarement, l'appliquent cependant assez volontiers (s'il en est besoin bien entendu), ne voyant rien d'inhumain à placer le malade dans une chambre particulière, du moment qu'on prend en considération le principe de surveillance et d'alitement. Quelques aliénistes vont encore plus loin et ont recours à l'isolement ; dans tous les cas, lorsque les malades n'aiment pas le voisinage ou que le voisinage agit sur eux défavorablement ; par conséquent ils étendent notablement les indications du traitement par l'isolement. Il faut enfin ajouter que quelques auteurs désirent que le principe de parcellation du quartier de surveillance, eu égard à la grande variété des malades susceptibles de la méthode de l'alitement, trouve l'application la plus étendue.

(*A suivre.*)

---

---

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1900

**Présidence de M. MAGNAN**

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

MM. Cullerre, Doutrebente, Girand et Marie, membres correspondants, assistent à la séance.

*Mort de M. Henry Bonnet.*

M. le président a le regret d'annoncer la mort de M. Henry Bonnet, médecin directeur honoraire des asiles d'aliénés, décédé à Saint-Servan, le 16 octobre, dans sa soixante-douzième année. M. Bonnet était membre correspondant de la Société depuis le 30 avril 1860.

*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Paul Sollier, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Antheaume, nommé membre titulaire ;

3° Une lettre de M. Mongeri, nommé membre associé étranger ;

4° Une lettre de M. Geo. Villeneuve, du Canada, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Brunet, Vallon et Febvre, rapporteur ;

5° Une lettre de M. Greidenberg, de Kharkof (Russie), sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Christian, Falret et Roubinovitch, rapporteur.



La correspondance imprimée comprend :

1° Le programme du Congrès des Sociétés savantes qui se tiendra à Nancy en 1901 ;

2° Le discours prononcé par M. Aulard à la séance générale du Congrès des Sociétés savantes, le samedi 9 juin 1900 ;

3° *L'open-door et le traitement au lit dans la République Argentine* ; par M. D. Cabred ;

4° Les brochures suivantes de M. Sante de Sanctis :

a) *La psychologie dans les publications récentes* ;

b) *Les fondements scientifiques de la psycho-pathologie* ;

c) *Les néologismes et les pseudo-néologismes chez les neurasthéniques* ;

d) *Contribution à l'étude de la processomanie* ;

e) *Myopathie progressive et insuffisance mitrale*.

5° Les brochures suivantes de M. Massalongho :

a) *Ostéo-arthropathies hypertrophiques consécutives aux maladies pleuro-pulmonaires* ;

b) *Tuberculose et mariage* ;

c) *Arthrite chronique*.

6° *Annales de la Société belge de neurologie*, 1900, n° 5.

7° *Revue de l'hypnotisme*, numéros d'août, de septembre et d'octobre 1900.

M. RITTI présente l'éloge de Billod, qu'il a prononcé à la séance solennelle de la Société médico-psychologique du 30 avril 1900.

*De la pression sanguine chez les aliénés. Rapport sur un travail de M. Pilcz.*

M. LEGRAIN. — Messieurs, vous avez bien voulu me charger de vous rendre compte d'une petite brochure à nous adressée par M. le D<sup>r</sup> Pilcz, médecin assistant à la clinique psychiatrique de Vienne, et traitant de *l'Etude de la pression sanguine chez les aliénés*.

Ce travail, malgré sa brièveté, offre un grand intérêt clinique. Vous n'en serez point surpris si vous vous rappelez le compte rendu que je vous ai fait précédemment d'un travail du même auteur sur la microcéphalie

et les indications et contre-indications de la craniectomie.

Les recherches expérimentales sur la pression du sang sont extrêmement récentes. De nombreuses études sur l'état du pouls, sur l'état des vaso-moteurs, avaient vu le jour auparavant ; mais, sans doute, l'absence d'un instrument commode fut la cause que nous avons manqué si longtemps de données positives et mathématiques à substituer à des impressions personnelles, toujours sujettes à contestation.

Le tonomètre de Gärtner est venu simplifier les choses.

Les mesures recueillies par M. Pilcz ont été constamment prises avec l'assistance d'un aide. L'auteur appliquait l'appareil, pendant que son collègue comprimait avec la pelote de l'instrument. Puis, pendant qu'il observait la pulpe du doigt, son collègue ne s'occupait que de lire les résultats sur le manomètre à mercure. De la sorte, les deux opérateurs, indépendants l'un de l'autre, étaient sûrs de rester purement objectifs, et d'être à l'abri de toute influence subjective.

Kornfeld avait déjà montré avec l'appareil de Baset combien les états émotifs modifient la pression sanguine. Le professeur Gärtner de son côté a établi que chez les nerveux la simple émotion inséparable de l'expérience que l'on va accomplir sur eux suffit pour augmenter la pression.

M. Pilcz a confirmé le fait, mais a montré qu'il y avait une importante exception pour certaines catégories d'aliénés, par exemple les paralytiques généraux.

M. Pilcz a opéré 900 à 950 mensurations, chez 240 aliénés. Avec le professeur Gärtner il admet comme pression normale 105 à 130 millimètres de mercure. Comme témoins il a pris des collègues, des gardiens, et quelques aliénés qui, comme les paranoïques, n'offraient point de troubles vaso-moteurs.

L'observation a porté sur des paralytiques, des hébéphréniques, des périodiques, des mélancoliques et des épileptiques.

En ce qui concerne les paralytiques à la première période, la pression du sang reste normale, mais tend à décroître jusque vers 100 à 110 millimètres. Avec les

progrès de la maladie la pression diminue de plus en plus vers 80 à 100 millimètres. Enfin, dans la période de décubitus, la règle indique les basses pressions. (50 à 80 mill.)

La tendance à remonter de la pression sanguine indique en général une rémission, et l'auteur en cite plusieurs cas très probants.

Chaque fois qu'il y a eu exception aux règles indiquées, l'explication en a été trouvée dans une affection intercurrente, comme, par exemple, le mal de Bright.

La diminution des pressions a, réciproquement, une très grande valeur pronostique relativement à l'époque à peu près exacte de la mort, et cela non seulement chez les paralytiques, mais encore chez beaucoup de simples paralysés, séniles ou autres. L'auteur a pu, dans beaucoup de cas, prévoir la mort, à quelques heures près, à l'aide de mensurations indiquant un fléchissement de la pression succédant très vite à des pressions relativement élevées.

Inversement, les pressions se maintenant à un chiffre élevé chez de tels malades ont permis de maintenir un pronostic relativement favorable quant à la durée de la survie, même dans des cas où l'état apparent des malades semblait faire prévoir une issue fatale à très brève échéance.

Chez les *hébéphréniques*, M. Pilcz n'est arrivé à aucun résultat sérieux. Toujours les mensurations obtenues ont été indéfiniment variées.

Dans la *mélancolie*, il a toujours observé de hautes pressions avec une différence entre les formes dépressives et les formes anxieuses.

Dans les premières, les pressions habituelles autour de 130 donnent l'idée d'une pression normale. Dans les phases d'agitation qui nous ramènent vers les formes anxieuses, comme dans ces formes elles-mêmes, la pression monte jusqu'à 170 et même 200. M. Pilcz déclare que c'est ici qu'il a observé les plus hautes pressions sanguines, sans qu'il y ait à faire entrer en ligne de compte une affection somatique quelconque.

Dans la *folie circulaire*, les pressions suivent exactement l'aspect de la maladie, savoir : dans les phases mélancoliques, hautes pressions (170) ; dans les phases

maniaques, basses pressions (jusqu'à 60 mill.). C'est une règle constante bien curieuse à vérifier dans les cas de folie circulaire à modifications brusques, du jour au lendemain. Exemple : Un jour, l'auteur constate chez un périodique, à la phase maniaque, une pression de 135 millimètres contraire à la règle. Deux jours après, le malade entrait dans la phase dépressive. L'expérience avait en ici une valeur pronostique particulièrement intéressante, et dont il est facile d'apercevoir l'utilité dans la pratique journalière.

M. Pilcz trouve à cet aspect spécial de la pression chez les circulaires une valeur diagnostique considérable, en ce sens que, dans les maladies à dépression habituelle, la pression sanguine ne monte jamais aussi haut que dans les phases dépressives de la folie circulaire.

L'auteur a tenté d'expérimenter sur les *épileptiques*.

Féré a montré que la pression monte pendant les attaques pour redescendre notablement dans les périodes intercalaires. On constate la descente de cinq à six heures après l'accès.

Malgré la grande difficulté que l'on a à faire appliquer les appareils sur les malades pendant les accès par le personnel mal dressé (on n'est pas toujours là soi-même au moment des attaques), M. Pilcz a pu faire deux mensurations pendant la crise : il a trouvé 220 millimètres pendant la transition de la phase tonique à la phase clonique de l'attaque, chez une femme ; à la phase clonique il a trouvé 150 millimètres. Pendant la phase stuporeuse post-paroxystique, il a trouvé chez l'un 80, chez l'autre, 70.

Un quart d'heure plus tard, le premier accusait 135, l'autre 125. Ces résultats ne confirment pas ceux de Féré. Les expériences sur l'animal, réalisées par Gärtner, établissent également le relèvement de la pression tout de suite après l'attaque.

M. Pilcz a enfin institué un certain nombre d'expériences pour reconnaître l'état de la pression sanguine pendant le sommeil. Ses expériences confirment celles des auteurs, savoir que, quelques heures après le début du sommeil, la pression diminue ; il y a une différence atteignant 20 à 35 millimètres.

Telles sont les données fournies par les expériences de notre distingué confrère. Il n'en veut jusqu'alors tirer aucune conséquence dans le sens théorique ou thérapeutique. Nous imiterons sa réserve, nous bornant à enregistrer, avec tout le soin qui convient, les très heureux résultats que l'on peut attendre de la science expérimentale appliquée à la clinique journalière des aliénés, et à souhaiter, en manière de conclusion, que nos services soient bientôt dotés du matériel capable de nous faire rivaliser, pour le bien de la psychiatrie française, avec nos laborieux collègues de l'étranger.

M. TOULOUSE. — Je désire rappeler des expériences que j'ai faites lorsque j'étais chef de clinique de M. le professeur Joffroy, à Sainte-Anne. Elles concordent avec celles de M. Pilcz.

*Un cas de délire des persécutions systématique avec hallucinations corrigées par le malade.*

M. J. SÉGLAS. — L'absence de critique et de rectification des différents symptômes morbides est un des traits fondamentaux de l'état mental des délirants systématiques. Lucides en dehors de leur délire, ces malades ont une croyance absolue dans l'exactitude de leurs perceptions ou de leurs conceptions morbides et ne consentent à les discuter que pour mieux en prouver la réalité. Telle est la règle.

M. Séglas rapporte en détail un fait qui se présente dans des conditions assez différentes et dont voici le résumé.

Un malade d'intelligence très cultivée, de caractère paranoïaque, arrive à formuler un délire des persécutions nettement systématisé.

Au début, le délire repose sur des interprétations délirantes nombreuses avec quelques hallucinations espacées, olfactives, gustatives, kinesthétiques, auditives. Il n'y eut jamais aucune hallucination de la vue.

Par la suite, les hallucinations auditives deviennent incessantes et prédominantes (voix nombreuses, indéterminées, puis particularisées; colloques à distance, écho de la pensée). D'abord acceptées par le sujet, elles

sont rapidement critiquées, puis rectifiées, et disparaissent ainsi au bout de deux mois et demi environ. \*

A ce propos, M. Ségla cite quelques extraits d'un long manuscrit autobiographique du sujet lui-même et montrant bien cette évolution régressive des hallucinations auditives, en même temps que l'analyse exacte, précise, de ces phénomènes, et les procédés de critique raisonnée, d'observation intérieure employés par le malade.

Ce fait est d'autant plus curieux qu'il s'agissait là d'hallucinations d'origine intellectuelle, confirmatives du délire, que seules les hallucinations auditives les plus complexes ont été rectifiées et non les autres, qu'après leur rectification le délire a persisté aussi irréductible. De plus, aujourd'hui encore, bien qu'ayant reconnu de lui-même leur caractère hallucinatoire et les considérant comme de purs phénomènes d'automatisme psychique, le malade n'en continue pas moins à les rattacher à son délire et les interprète comme le résultat et la preuve de l'action exercée sur lui par ses persécuteurs.

La critique et la rectification par un persécuté systématique de ses propres hallucinations auditives, aussi précises et aussi complexes, est un fait assez exceptionnel pour provoquer tout d'abord un certain sentiment de méfiance. Il semble toutefois, dans le cas actuel, que l'on puisse être fondé à considérer le malade comme sincère. Une observation attentive n'a pas permis de relever chez lui des signes de simulation ou de dissimulation. Il n'était nullement réticent et causait tout aussi volontiers de ses idées de persécutions persistantes que de ses hallucinations disparues. Il ne se bornait pas à dire qu'il n'avait plus d'hallucinations ou qu'il n'en était pas dupe ; mais il donnait des détails analytiques très précis, et conformes à ce que l'on observe dans les cas simples d'hallucinations dites conscientes ou corrigées par la raison. Enfin, il continue à rattacher à son délire les hallucinations corrigées, en tant que phénomènes subjectifs, mais provoqués par l'action de ses ennemis.

L'interprétation la plus vraisemblable de ce cas paraît être la suivante. La malade buvait de la bière en

assez grande quantité. Les accidents délirants et hallucinatoires qu'il a présentés n'offraient pas sans doute la physionomie clinique du délire alcoolique. Mais si l'alcool ne peut être ici incriminé comme cause directe d'un délire toxique, on peut admettre qu'il a joué le rôle d'appoint et favorisé chez un paranoïaque persécuté le développement des hallucinations, dont les caractères cliniques s'expliqueraient d'autre part à la fois par la forme vésanique fondamentale et par le mode d'activité mentale antérieur du malade, habitué de longtemps à la réflexion accompagnée de parole intérieure très nette. Sous l'influence de l'isolement et d'une hygiène plus sévère, l'excitation cérébrale a pu vite diminuer et permettre au malade de mettre à profit ses habitudes d'observation intérieure, ses connaissances psychologiques anciennes pour critiquer et rectifier ses hallucinations.

Il est à remarquer que seules les hallucinations auditives les plus complexes ont été corrigées et que les autres, celles du goût, de l'odorat, ont échappé à toute critique. Ces dernières hallucinations se réduisent presque à des faits de sensation simple, dans lesquels l'élément intellectuel est réduit au minimum. Or le mode de critique employé par le malade (raisonnement, analyse subjective de sa pensée, du contenu de ses hallucinations) s'adressait surtout à l'élément intellectuel de ses hallucinations. Il n'est donc pas étonnant qu'il n'ait pu avoir prise que sur celles où cet élément intellectuel est prépondérant, comme dans les hallucinations auditives très développées, en laissant échapper les autres, plus voisines d'un fait de sensation simple, enregistré sans discussion.

M. BRIAND rappelle que M. Gérente avait déjà observé des cas semblables.

M. DOUTREBENTE. — J'ai à diverses reprises observé chez de vieux persécutés ces phénomènes que je suis porté à considérer comme un état d'aggravation de la maladie.

M. LEGRAIN. — Chez un persécuté hypocondriaque, séquestré depuis dix ans, j'ai assisté à un travail de démolition du délire, travail qui a duré trois mois. Le malade est sorti, guéri en apparence.

M. MARIE rappelle les cas de Leuret où des délirants systématiques paraissent guéris de leurs conceptions erronées et raisonnent, sous l'influence du traitement moral, le mal fondé de ces conceptions. M. Marie a observé, dans le service de M. Vallon, un cas qu'il a publié et qui n'est pas sans analogie.

C'est un délire systématisé très actif, avec troubles psycho-moteurs et hallucinations multiples intenses. Le malade, après de nombreuses années, contre toute attente, passa à une phase d'accalmie où il délirait encore, mais admettait le caractère morbide de certaines hallucinations antérieures ; il y avait là systématisation concentrée inverse, mais non destruction raisonnée du délire primitif.

*Deux cas de paralysie générale syphilitique à gomme osseuse traités par l'iode et l'hypochloruration.*

M. MARIE. — J'ai l'honneur d'attirer l'attention de la Société sur deux cas de tertiarisme que j'ai observés chez deux paralytiques généraux et dont M. Buvat, interne du service, a fait le relevé.

La première observation a trait à un paralytique de cinquante ans, interné à Villejuif depuis mars 1899. Alcoolique avéré, il n'a jamais avoué la syphilis. Peu après son entrée à l'asile, les troubles dus à l'alcoolisme : hallucinations terrifiantes nocturnes, idées de persécution, etc., s'effacent peu à peu et démasquent la paralysie générale.

Durant l'année 1899, il passe par des alternatives d'agitation, d'amaigrissement et de gâtisme, tandis que la démence s'accuse de plus en plus.

Au début de juin 1900, il présente une petite tuméfaction molle sur la crête antérieure du tibia, au tiers supérieur. Le 13, la tumeur a fait place à une ulcération du diamètre d'une pièce de 5 francs, de couleur rouge jambon, à bords taillés à pic et entourés d'une petite zone érythémateuse. Mis au traitement ioduré, combiné à l'hypochloruration, nous avons vu disparaître cet ulcère spécifique en trois semaines.

A l'heure actuelle, il subsiste une cicatrice étoilée, pigmentée.



Pas d'autres *manifestations* spécifiques.

Le second cas est relatif à un homme de quarante-cinq ans, entré, le 6 février 1900, dans le service.

Paralysie générale à évolution rapide; hérédité spécifique probable, bien que nous n'ayons pu la contrôler, se traduisant par les tibias en lame de sabre; fractures spontanées de l'avant-bras droit, puis de l'humérus droit, consolidations lentes et avec un gros cal.

Le 13 février, une rougeur diffuse envahit le tiers inférieur et la face antérieure de la jambe gauche.

Le 22, apparaît, à deux travers de doigt au-dessus des malléoles, en même temps que la rougeur cuivrée s'accroît, une tumeur fluctuante, grosse comme une mandarine.

Le 24, une ulcération succède à l'évacuation d'un liquide gluant de la tumeur, et cette ulcération offre un diamètre d'une pièce de 5 francs; elle a des bords réguliers, taillés à pic, à fonds bourbillonneux, de coloration jambonnée; elle repose sur une zone tuméfiée qui s'étend à la plus grande partie du membre inférieur gauche.

Le malade est soumis d'abord au traitement mixte, puis à l'iodure seul et le régime faiblement chloruré; le 25 mars, la cicatrisation était complète.

Dans les deux cas, la paralysie générale a continué son évolution sans être en rien modifiée par le traitement spécifique, si actif vis-à-vis des ulcérations.

Dans la seconde observation, il semblerait même avoir donné un coup de fouet à la paralysie générale.

Le deuxième malade est mort dans le courant de juin, après trois jours de *diarrhée* profuse.

M. TOULOUSE. — Dans un cas de paralysie générale avec syphilide de la peau, j'avais donné à la malade deux grammes d'iodure de potassium par jour, sans rien changer au régime alimentaire ordinaire. Le traitement ne produisant aucun résultat; j'ai, au bout de deux mois, diminué la quantité de sel absorbée, et la plaie se cicatrisa en une dizaine de jours; ce qui tend à prouver que l'hypochloruration facilite l'ioduration.

*De l'influence de l'hyperthermie sur la production des accès d'épilepsie.*

M. MARIE a eu l'occasion, à la fin septembre, au cours d'une épidémie restée très circonscrite, d'observer l'évolution de la fièvre typhoïde chez quelques épileptiques. Il rapporte deux observations avec autopsie : la première relative à un malade mort dans le deuxième septénaire ; la deuxième, à un sujet qui a succombé à la fin de la première semaine, en pleines crises convulsives subintrantes, avec hyperthermie.

Ces deux cas sont en contradiction avec l'opinion classique, qui veut que dans toute affection aiguë avec hyperthermie, la réapparition des crises épileptiques soit un phénomène favorable, qui précède la défervescence.

Les recherches bibliographiques, faites pour retrouver des cas analogues, ont été infructueuses, et les quelques cas de coexistence de fièvre typhoïde et d'épilepsie rapportés signalent tous une terminaison favorable quand les accès convulsifs ont fait leur réapparition.

L'influence de la fièvre intermittente sur les accès épileptiques est connue depuis Hippocrate, et reste traduite dans l'aphorisme classique : *Quaterna epilepsiae vindex*.

Delasiauve, dans son *Traité de l'épilepsie*, dit « qu'en thèse générale, toute affection intercurrente, quelque peu sérieuse et aiguë, pneumonie, fièvre, érysipèle, variole, goutte, rhumatisme, suspend ou affaiblit les accès. Les accès disparaissent avant la cessation et sont les avant-coureurs de la convalescence. Les cas où l'épilepsie persiste malgré les symptômes intercurrents, sont rares », et parmi les observations de Delasiauve on n'en trouve qu'une ayant trait à la fièvre typhoïde.

J. Ségla, dans sa thèse, inspirée par Bourneville (1881), rapporte trente-quatre observations ayant trait à l'influence d'une maladie accidentelle sur les accès épileptiques. Cette influence s'est manifestée d'une façon favorable en suspendant les accès et cela a eu lieu surtout lorsqu'il s'est agi de maladies aiguës ayant déterminé

une maladie fébrile. L'observation XXXII a précisément trait à la fièvre typhoïde.

M. Legrain, à propos de l'épidémie de fièvre typhoïde à la colonie d'épileptiques de Vaucluse en 1890, épidémie qui a duré cinq mois, s'exprime ainsi sur les rapports de l'épilepsie et de la fièvre typhoïde : « Les manifestations de l'épilepsie n'ont pas été influencées par la maladie, seul le nombre des crises semble avoir diminué pendant son cours, mais elles n'ont pas été jugulées. »

Rouzier publie, dans le *Bulletin médical* de 1894, un cas d'hystérie ayant simulé le syndrome agonique au cours d'une fièvre typhoïde (pouls fréquent, assourdissement des bruits du cœur, ralentissement et embarras de la respiration, hoquets, sueurs), cela au quinzième jour d'une fièvre typhoïde grave avec hyperthermie notable. Au bout d'un instant, une crise d'hystérie d'une violence extrême éclate avec son cortège classique : convulsions, arc de cercle, projection rythmée du bassin, délire passionnel, insensibilité absolue. La crise dure trois heures et se renouvelle les jours suivants jusqu'à la mort, survenue quelques jours après dans l'ataxo-adynergie ; et Rouzier met en relief « l'apparition du syndrome agonique au début d'une crise hystérique, dont il représente l'aura vasomotrice et l'éclosion d'une crise convulsive dans la période hyperpyrétique d'une dothiéntérie ; ce dernier fait, dit-il, sans être absolument rare, est cependant exceptionnel ».

Dans la *Presse médicale* de 1898, on relève aussi deux articles relatifs au séro-diagnostic négatif, par MM. Artaud et Barjon (26 février), et de Bormans (13 octobre), ayant trait à deux convulsifs (une hystérique pour le premier et un épileptique pour le deuxième). Les deux cas furent suivis de mort ; mais dans l'un et l'autre cas, les auteurs sont muets sur les manifestations convulsives au cours de la pyrexie.

Dans le service de M. le Dr Toulouse, des recherches ont été faites relativement à l'effet thérapeutique des bains chauds sur les épileptiques. Comme les rares documents que nous avons pu rassembler, les résultats confirment plutôt l'opinion classique du *febris accedens spasmos solvit*.

A l'exception du cas publié par Rouzier, au cours de l'épidémie signalée plus haut, M. Marie a deux observations communiquées et une personnelle où la crise épileptique, par son retour, a marqué le début de la défervescence (séro-diagnostic négatif dans cette dernière). Il relate seulement les deux cas où l'épilepsie survenue en pleine hyperthermie typhique a accentué cette hyperthermie, et dans lesquels la mort est survenue en crises convulsives.

Chez les deux malades le traitement bromuré a été suspendu, comme on a coutume de le faire dès l'invasion de la fièvre. Tous deux ont résisté à la première attaque. Chez le premier, il s'est même esquissé une détente thermique après la première crise. Chez le second, ce phénomène, quoique moins net, s'est également présenté. Ce n'est qu'au cours d'accès ultérieurs répétés et subintrants que la mort est survenue.

La dothiéntérie se présentait sans doute sous un aspect de gravité moyenne ; mais chez le premier, on a trouvé une atrophie du lobe cérébral gauche et de la splénisation pulmonaire. Chez le deuxième, un cœur malade et un foie douteux. Ces lésions suffiraient à elles seules à expliquer pourquoi les deux sujets ont succombé ; mais ces deux cas engagent à ne plus envisager la réapparition des crises épileptiques, au cours d'une pyrexie, comme un symptôme favorable.

D'autre part ces deux observations soulèvent un point délicat de thérapeutique : fallait-il donner du bromure de potassium ? L'opinion classique rejette, dans toutes les pyrexies chez l'épileptique, l'emploi du bromure, par crainte du collapsus. Et d'après les faits expérimentaux précités, il semble que l'hyperthermie seule ne suffit pas dans l'épilepsie à éloigner ou à faire disparaître les accès.

Des conclusions fermes au point de vue pathogénique et thérapeutique seraient prématurées en l'état actuel de la question.

M. TOULOUSE. — J'ai remarqué que chez les épileptiques les accès sont moins nombreux pendant les jours les plus chauds et aux heures où la température est la plus élevée.

M. JULES VOISIN. — J'ai soigné plusieurs épilepti-

ques atteints de fièvre typhoïde. J'ai remarqué que les accès diminuaient. Par contre, pendant les accès ou les vertiges, la température s'élevait.

Chez des épileptiques traités par des lavements d'eau froide, la température prise un quart d'heure après le lavement montrait un abaissement.

M. MAGNAN. — Si la température était prise dans le rectum, cela peut expliquer sa diminution. Il serait utile de prendre également la température axillaire et de comparer.

M. DOUTREBENTE. — Je demanderai à M. Marie si les épileptiques soignés pour fièvre typhoïde restaient en traitement.

M. MARIE. — Le bromure était supprimé.

M. TOULOUSE. — Chez les fébricitants, la fièvre tient lieu de bromure.

M. BRIAND. — Je soigne en ce moment des épileptiques atteints de fièvre typhoïde. Il n'y a pas d'attaques lorsque la fièvre est élevée ; elles se montrent à nouveau pendant la convalescence, et la température s'élève au moment de l'attaque.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

RENÉ SEMELAIGNE.

---

## SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1900

Présidence de M. MAGNAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

*Mort de M. Durand (de Gros).*

M. le PRÉSIDENT annonce la mort de M. le D<sup>r</sup> Durand (de Gros), membre honoraire de la Société, décédé dans l'Aveyron, âgé de plus de soixante-quatorze ans. Notre regretté confrère s'était surtout fait connaître par des travaux philosophiques très estimés.

*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Semelaigue qui s'excuse de ne pou-

voir assister à la séance et rappelle que le premier prix Semelaigne est à décerner en 1901.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° Les travaux suivants de M. Giuffreda Roggoeri :
  - a) Statistique des aliénés nés de 1877 à 1886 dans les provinces de Reggio et de Modène ;
  - b) Une note sur le type physique régional ;
  - c) L'indice du dépérissement physique dans l'Apenin ;
- 2° *Revue médicale de Normandie*, numéro de février 1900, contenant un beau portrait de l'aliéniste Morel ;
- 3° *Annales de la Société belge de neurologie*, n° 4.
- 4° *Revue de l'hypnotisme*, numéro de novembre.
- 5° *Bulletin de la Ligue nationale contre l'alcoolisme*, n° 6.

### *Rapports de candidature.*

M. FEBVRE. — Messieurs, j'ai l'honneur, au nom d'une commission composée de MM. Brunet, Vallon et Febvre, rapporteur, de vous exposer les titres de M. le Dr Georges Villeneuve, professeur adjoint de médecine légale et de médecine mentale à l'Université de Laval de Montréal, surintendant médical de l'asile d'aliénés Saint-Jean-de-Dieu, médecin consultant de l'Asile Saint-Benoit-Joseph, Longue-Pointe, membre de l'Association médico-psychologique américaine et de la Société de médecine légale de New-York.

Les travaux scientifiques de M. le Dr Georges Villeneuve sont nombreux ; ils comprennent d'abord une thèse très documentée, soutenue lors du concours établi pour l'obtention du titre de professeur adjoint de médecine légale. Cette thèse est intitulée : La médecine légale des aliénés au Canada ; elle soulève et discute les problèmes les plus délicats sur la responsabilité légale des aliénés ; elle constitue une œuvre scientifique uniquement étayée sur des considérations médicales. Partant de ce principe, autrefois si bien mis en lumière par M. Jules Falret, que le libre arbitre de l'homme est le fait qui domine l'existence humaine et sert de base à la morale, au droit et à toutes les législations, l'auteur

entre alors dans des développements très étendus et très intéressants sur la responsabilité complète, sur l'irresponsabilité partielle et totale. Il combat, à l'aide d'arguments de haute valeur, certains articles du code criminel canadien qui limite, dans un de ses articles, le bénéfice de l'irresponsabilité à certains désordres de l'esprit; il trouve subtiles et bien hypothétiques les distinctions que l'on a voulu établir entre les folies partielles et les folies généralisées; il pense et il prouve que les délires partiels ont toujours un retentissement sur l'activité générale, sur l'ensemble de l'être intellectuel, que la solidarité des facultés qui composent l'intelligence humaine est une chose indiscutable, qu'une seule idée délirante suffit pour vicier le jugement et les déterminations; que, seules, des déductions scientifiques tirées d'observations prises pendant des états intermédiaires, intervalles lucides, intermittences, rémissions, incubation, convalescence, autorisent le doute dans l'esprit et permettent de conclure à une responsabilité complète ou atténuée.

L'auteur aborde ensuite l'étude du discernement du bien et du mal, discernement qui ne peut être considéré comme le critérium de la responsabilité; car si, dans les cas d'infériorité intellectuelle, il peut devenir une cause d'irresponsabilité, dans bien des maladies mentales, il persiste et ne saurait entraîner la responsabilité. Quant à l'assimilation des motifs des actes de l'aliéné à ceux d'un homme sain d'esprit, elle ne pourrait non plus être érigée en principe pour apprécier la responsabilité. Chez les aliénés, en effet, comme le fait remarquer très justement M. Villeneuve, le caractère et les tendances sont pathologiques; les réactions qui en découlent ne peuvent être mesurées.

L'observation scientifique de toute la vie des prévenus peut donc seule faire conclure à la responsabilité ou à l'irresponsabilité. Le médecin, selon l'auteur, n'a pas à interpréter ou à appliquer la loi, il ne doit pas prendre pour guides certains critères arbitraires ou spéculatifs du droit criminel; il ne peut non plus songer à établir des catégories d'irresponsables; par des études approfondies et comparatives, il aura seulement la faculté d'arriver à des groupements de symptômes correspon-

dant à des types morbides bien connus. Cette dernière conclusion est conforme aux idées émises antérieurement dans des publications différentes par MM. les D<sup>rs</sup> Vibert et Garnier.

Enfin, M. le D<sup>r</sup> Georges Villeneuve, parlant de l'examen mental des prévenus, insiste sur la nécessité d'expertises précoces dues à l'initiative du ministère public, confiées à des médecins spécialistes, contemporaines des expertises, provoquées par la défense, afin d'éviter des contre-expertises toujours difficiles chez des prévenus intelligents, pouvant être stylés par des personnes à la solde de la défense. Avant de formuler ses conclusions, il fait ressortir le grave préjudice causé à toutes les victimes d'erreurs judiciaires, surtout aux malheureux aliénés condamnés injustement, et qui, susceptibles de guérison ou d'amélioration, vont rentrer plus tard dans la vie libre avec une tare, une marque d'infamie qui les mettra dans l'impossibilité de gagner leur existence. Incidemment il fait allusion à ces crimes odieux dont l'énormité et la laideur surexcitent l'indignation publique et soulèvent des considérations susceptibles de peser sur la décision des médecins experts.

En collaboration avec M. le D<sup>r</sup> Chagnon, médecin traitant de l'asile d'aliénés de Saint-Jean-de-Dieu, médecin de l'hôpital Notre-Dame, à Montréal, M. le D<sup>r</sup> Villeneuve a publié une étude sur les aliénés méconnus et condamnés.

Les erreurs judiciaires concernent deux groupes d'aliénés bien définis : elles peuvent (erreurs judiciaires intentionnelles) s'appliquer à des aliénés reconnus responsables avec ou sans l'avis des médecins experts, ou (erreurs non intentionnelles) s'appliquer à des prévenus dont l'état d'aliénation mentale a passé complètement inaperçu au moment de leur procès.

A l'appui de la thèse qu'ils veulent soutenir, les auteurs citent des exemples recueillis au Canada par Daniel Clarke, et ils invoquent la haute autorité du D<sup>r</sup> Allison, surintendant de la Metteawen State Hôpital, dont les statistiques tendent à prouver que 40 p. 100 d'aliénés se rencontrent parmi les condamnés. A propos des aliénés méconnus au moment de leur procès, ils rappellent les travaux de M. le D<sup>r</sup> Pactet (thèse de docto-



rat 1892) Garnier (Congrès d'anthropologie de Bruxelles), Thibaud, Lemesle (thèse de doctorat 1896), Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur (Congrès de Clermont-Ferrand 1894); ils citent également les travaux sur la même question du Dr Kuhn en Allemagne, de Frédéric Hall en Ecosse; enfin, ils constatent que, dans la province de Québec où onze cent quatre-vingt-dix-sept aliénés ont été reçus dans les prisons communales de 1881 à 1887 inclusivement, une moyenne de quarante et un aliénés ont été méconnus et condamnés, et que cent cinquante-cinq détenus sont devenus aliénés en prison.

Pour les auteurs, un grand écueil à éviter, c'est la dissimulation, qui devient dans certains cas une cause d'erreur judiciaire.

Parmi les nombreux exemples d'aliénés méconnus, se trouve l'observation d'une mystique, en congé, arrêtée au cours d'une fugue, se disant la fille de Dieu, traduite devant un tribunal et condamnée en vertu d'un jugement dont un des considérants est à retenir. Ce considérant était ainsi libellé : Attendu qu'une fille de nom inconnu, mais qui dit être la fille de Dieu, a été reconnue par cette cour, vagabonde, libertine, débauchée et coureuse de nuit, etc.

Dans une autre partie du travail dont nous avons essayé de vous donner une courte analyse, les auteurs citent de nombreuses observations d'aliénés condamnés ayant subi pendant plusieurs années les rigueurs du pénitencier, confondus avec les forçats. A noter cette observation d'un malheureux patient du pénitencier de Kingston, transféré à l'asile de Québec, évadé après quatorze ans de séjour à l'asile, arrêté comme incendiaire et condamné à cinq ans de détention, après avoir été reconnu coupable par un jury de la Cour du Banc de la Reine. Nous pourrions encore vous rapporter d'autres observations de ce genre; mais nous ne voulons pas insister plus longuement sur ce travail qui fourmille d'observations plus édifiantes les unes que les autres et qui pourra être avantageusement consulté par tous ceux qui s'intéressent à cette question si importante du sort des aliénés méconnus et condamnés.

Dans son dernier rapport annuel, notre vénéré président, M. le D<sup>r</sup> Magnan, fait figurer dans la statistique de son service 20 aliénés méconnus et condamnés, venus des prisons à l'asile, et dont l'état d'aliénation aurait certainement pu être dévoilé au début de l'instruction, même à la suite d'un examen rapide. Cette triste constatation ne donne que plus d'autorité à une des conclusions énumérées par les auteurs, conclusion qui est ainsi formulée : Nécessité pour les médecins des prisons d'examiner tous les prévenus.

Plusieurs observations nous ont été adressées par M. le D<sup>r</sup> Villeneuve ; elles concernent des cas de médecine légale et d'intoxication morphinique.

Le premier cas de médecine légale concerne un homme de quarante-deux ans, poursuivi pour avoir vendu un livre qui contenait trois dessins obscènes faits par lui, un homme et une femme nus et un chien. L'accusé prétendait ne se souvenir de rien. Des renseignements fournis par son frère et sa femme, il résulterait qu'il était un héréditaire vésanique : père buveur, mort subitement ; mère, morte tuberculeuse ; une sœur séquestrée comme aliénée, une autre sœur sujette à des crises nerveuses de nature indéterminée. Durant un mois d'observation, l'expert n'a rien constaté d'anormal et a pu s'assurer par des questions insidieuses et à l'improviste, auxquelles le prévenu répondait sans y prendre garde, que son amnésie du délit commis était simulée. D'un autre côté, l'étude de la vie antérieure de l'accusé ne fournissait aucune preuve de folie ni d'épilepsie, mais établissait que dans son pays natal, la Belgique, il avait fait d'autres fois commerce de gravures obscènes. En outre, l'auteur établit que le délit commis n'a aucun des caractères d'un acte épileptique. Pour toutes ces raisons, l'expert a conclu que, malgré ses tares héréditaires, l'accusé était responsable, et l'a fait condamner.

Le second cas concerne un débile qui avait déjà été condamné trois fois, et qui était poursuivi pour vol. Il était atteint d'imbécillité intellectuelle avec absence totale de sens moral. Il fut placé cette fois dans un asile.

La troisième observation de l'auteur concerne un morphinomane coupable de vols à l'étalage, que ses amis prétendaient être un dégénéré, mais sans fournir

aucune preuve à l'appui. Quand l'expert examina l'accusé, celui-ci était privé de morphine depuis son arrestation et présentait les symptômes physiques habituels de l'abstinence, mais aucun trouble intellectuel, et, tant de son observation directe que de son histoire, ne découlait la preuve d'un dérangement mental. Quant à l'acte incriminé, le prévenu le niait et essayait assez habilement d'établir son innocence en disant que les marchandises étaient tombées de l'étalage au moment de son arrestation, et non de dessous son pardessus. L'auteur établit qu'un tel acte et une telle défense n'ont aucun caractère morbide, qu'il est impossible de voir dans le délit commis une conséquence directe de la morphine, et que d'un autre côté l'usage de celle-ci n'avait pas entraîné un affaiblissement intellectuel susceptible d'entraîner l'irresponsabilité, ainsi que l'établissait son examen direct. Comme il avait dans ses poches une certaine somme d'argent, il n'a pas volé, pressé par le besoin de morphine, pour s'en procurer. D'ailleurs, il était devenu morphinomane non par passion morbide, mais par simple accoutumance organique, à la suite d'un traitement morphinique au cours d'une affection chirurgicale. En conséquence, les conclusions furent les suivantes :

1° Il n'est pas prouvé que l'accusé soit devenu morphinomane par impulsion morbide ;

2° Il n'est pas prouvé qu'il était aliéné au moment du délit ni qu'il l'a jamais été ;

3° Il n'est pas prouvé qu'il était intoxiqué par la morphine au point de perdre l'appréciation de ses actes ;

4° Le délit commis ne présente pas les caractères d'un acte pathologique.

Toutefois, l'expert a demandé à l'audience l'indulgence du tribunal, qui a été accordée, et le prévenu fut condamné à une peine légère.

Dans l'*Union médicale du Canada*, nous avons trouvé également un rapport médico-légal de M. le Dr Villeneuve, intitulé : « Tentative de meurtre ; allégation de folie morale ; responsabilité ; condamnation à cinq ans de détention dans une école de réforme. »

Poursuivant ses études sur les questions médico-légales, M. le Dr Villeneuve a également fait paraître

un traité intitulé : « *Les Aliénés devant la loi* », étude médico-légale qui comprend dans une première partie l'analyse du code criminel, ses dispositions législatives et administratives. L'auteur entre dans de longs développements sur la responsabilité des aliénés au triple point de vue médical, légal, philosophique ; sur l'attitude que peuvent affecter certains aliénés vis-à-vis des médecins, de l'autorité administrative ou judiciaire ; sur les modifications apportées ou à apporter à certains articles du code criminel canadien ; sur les procédés d'investigations scientifiques à employer pour synthétiser l'état mental des personnes et pour se mettre à l'abri d'erreurs judiciaires. Son but est essentiellement humanitaire ; il veut, écrit-il, amender la loi dans le sens d'une application plus large, plus juste, plus scientifique du principe de l'irresponsabilité des aliénés ; signaler les prescriptions légales qui sont en désaccord avec les progrès de la science ; tracer le devoir du médecin qui est appelé à définir l'état mental d'un prévenu.

La deuxième partie de l'ouvrage a trait à l'internement des aliénés, aux placements volontaires et d'office, aux dispositions législatives applicables aux placements volontaires, à la question des aliénés dangereux et enfin aux dispositions relatives aux biens des aliénés. Des considérations scientifiques doivent intervenir au point de vue de l'opportunité d'une séquestration hâtive, immédiate ou plus ou moins retardée. L'auteur prend successivement les formes mentales variées pouvant nécessiter l'internement et il décrit pour plusieurs d'entre elles diverses phases dont les unes doivent réclamer le séjour à l'asile, dont les autres, au contraire, sont parfaitement compatibles avec le séjour dans la famille. Certaines restrictions du code canadien sont utiles à connaître. C'est ainsi que les déments vésaniques, organiques ou séniles, ne sont pas appelés à jouir de l'hospitalisation dans un asile, à moins qu'ils ne soient dangereux ou scandaleux. Sans doute, l'internement peut être selon les cas une mesure de sécurité sociale, de thérapeutique ou d'assistance ; mais, comme le dit très justement l'auteur, et nous partageons absolument sa manière de voir, beaucoup de familles, beaucoup d'hospices, ont une tendance à déverser nombre

d'incurables inoffensifs sur les asiles et à pratiquer le tout à l'asile.

Les chapitres suivants de l'ouvrage que nous venons d'analyser énumèrent et commentent toutes les formalités requises pour l'internement des aliénés, donnent des indications sur la manière de percevoir les frais d'entretien des patients publics traités dans les asiles.

L'auteur a même eu soin de nous donner connaissance des formules des certificats ou des demandes d'admission dans les asiles. Les plus grandes précautions ont été prises pour éviter au Canada les séquestrations non justifiées et pour constituer à tous les aliénés un dossier complet au point de vue des renseignements sur les antécédents héréditaires ou acquis.

Messieurs, nous vous avons donné une courte analyse des travaux de M. le Dr Villeneuve, nous avons esquissé à grands traits la situation scientifique qu'il occupe à l'Université de Montréal; nous avons soumis à votre haute appréciation le côté humanitaire qu'il s'est imposé pour mettre les aliénés à l'abri des erreurs judiciaires. Nous osons espérer que vous ratifierez par vos suffrages la proposition que nous avons l'honneur de vous faire, de nommer membre associé étranger M. le Dr Villeneuve, professeur adjoint de médecine légale à Montréal.

Conformément à ces conclusions, M. Villeneuve, est à l'unanimité, élu membre associé étranger.

M. ROUBINOVITCH. — Au nom de la Commission composée de MM. Falret, Christian et Roubinovitch, rapporteur, j'ai l'honneur de vous exposer les titres et travaux scientifiques de M. le Dr Greidenberg, qui sollicite son admission à la Société médico-psychologique de Paris en qualité de membre associé étranger.

Le Dr Greidenberg dirige actuellement l'important asile d'aliénés de Kharkow. Pendant de longues années, il a été à la tête du quartier des aliénés de l'hospice de Simphéropol. Placé dans les conditions les plus favorables pour se livrer à l'étude des affections nerveuses et mentales, notre confrère russe a publié depuis 1882 un nombre assez considérable de travaux qui tout naturellement se divisent en deux groupes : neurologique et psychiatrique.

Parmi les travaux de neurologie je vous citerai ses publications sur l'athétose, les troubles moteurs post-hémiplégiques, l'hystérie.

Dans un cas d'athétose bilatérale, l'étiologie fut assez particulière : l'affection se développa sans la moindre paralysie préalable, sans le moindre accident hémiplégique antérieur, de sorte que l'observation rentre dans la catégorie de l'athétose idiopathique, essentielle, cette forme dont Schütz, de Prague, et Grocco, de Pavie, ont rapporté déjà plusieurs exemples.

Je ne puis que vous mentionner rapidement l'importante étude clinique de M. Greidenberg sur les troubles moteurs post-hémiplégiques, parue en 1883. S'inspirant des travaux de Türk, de Vulpian, de Bouchard, de Charcot, de Hammond, etc..., il étudie à l'aide des types cliniques, les contractures, l'exagération des réflexes, les mouvements associés des post-hémiplégiques. L'hémichorée, l'hémiathétose, l'hémiataxie survenant dans les mêmes conditions étiologiques sont ensuite décrites avec une abondance remarquable de détails. Cette monographie se termine par un exposé très documenté des diverses données anatomo-pathologiques et pathogéniques relatives aux manifestations post-hémiplégiques.

Très attentif à tout ce qui paraît dans la littérature nationale ou étrangère, M. Greidenberg signale dès 1885, c'est-à-dire peu de temps après Charcot, des cas d'hystérie chez l'homme, notamment, un cas de monoplégie brachiale et trois autres de bégayement. Il adopte, pour le bégayement hystérique, l'interprétation de Charcot qui considérait, comme vous le savez, ce trouble de la parole comme une forme de mutisme hystérique, ou mieux comme un certain degré de ce dernier syndrome. Si, dans le mutisme hystérique, dit M. Greidenberg, l'épuisement momentané de la circonvolution de Broca est complet, dans le bégayement hystérique il est incomplet. En 1894, notre confrère a observé chez ses bégues hystériques les troubles respiratoires sur lesquels M. Gilbert-Ballet avait déjà appelé l'attention dans sa communication à la Société médicale des hôpitaux en 1890.

Plus nombreuses encore sont les publications de

M. Greidenberg relatives à la psychiatrie. Je n'en indiquerai que les principales. D'abord, son étude sur la symptomatologie de la folie primaire, démontrant combien nos classifications sont insuffisantes, chaque fois qu'on veut les utiliser pour l'étude de certaines réalités de la clinique. La folie dite primaire peut revêtir tous les aspects, et notre auteur russe nous cite trois cas venant à l'appui de cette idée. L'un était caractérisé par un délire de persécution avec hallucinations d'abord unilatérales, ensuite bilatérales. Chose intéressante, les hallucinations avaient de chaque côté un sens différent et s'accompagnaient d'idées obsédantes variant de nature à droite et à gauche. De plus, la personnalité du malade était doublée. Dans un second cas de folie primaire, il s'agissait d'un délire de persécution avec idées mélancoliques. Tout autre était le troisième : là, il s'agissait de la confusion mentale hallucinatoire à début brusque, qui s'est prolongée durant huit mois et qui a fini par la guérison. Autant de cas de folie primaire, autant de formes diverses.

A propos d'une épidémie de choléra qui a sévi à l'hospice de Simphéropol en juillet 1893, M. Greidenberg a pu observer dans la section des aliénés de cet hospice 22 cas de choléra se répartissant ainsi :

- 1 cas de délirant aigu,
- 4 cas de délirants chroniques,
- 11 cas de déments secondaires,
- 1 cas de dément organique,
- 1 cas de dément congénital,
- 2 cas de paralytiques généraux,
- 2 cas d'épileptiques.

Sur ces 22 aliénés chroniques, 12 sont morts. M. Greidenberg, qui a lu le travail du regretté Camuset sur l'épidémie de choléra à l'asile de Bonneval, travail publié dans les *Annales médico-psychologiques* de 1892, a cherché à vérifier l'influence du choléra sur l'évolution des troubles psychiques. Un fait l'a particulièrement frappé. C'est celui d'un vieux dément de soixante-dix ans, resté depuis de longues années dans un état de stupeur avec mutisme. Il contracte le choléra. Placé à l'infirmerie, il stupéfie son entourage ainsi que le personnel médical en posant à haute voix cette

simple question : « Ne pensez-vous pas, docteur, que ma maladie peut être contagieuse pour mes voisins de lit, car je crois être atteint du choléra? »

Le choléra a-t-il en ici le privilège de réveiller les fonctions intellectuelles depuis longtemps engourdies, ou s'agissait-il plutôt d'un de ces mélancoliques qui ont seulement le masque de la stupeur alors que, comme l'avait déjà fort bien montré Baillarger, l'activité intellectuelle persiste chez eux, très vive et entière?

Enfin, dans les *Annales médico-psychologiques* de juillet-août 1900, vous avez pu lire l'excellente monographie de notre confrère sur les *Psychoses consécutives à l'intoxication oxy-carbonique*.

Je vous ai présenté M. Greidenberg comme clinicien très observateur, très érudit. C'est, de plus, un journaliste médical fort apprécié en Russie, où sa collaboration au *Wratsch* ainsi qu'à toutes les Revues de neurologie et de psychiatrie est très active et féconde.

Au dernier Congrès international de médecine mentale, M. Greidenberg a pris part non seulement en communiquant plusieurs faits résultant de son expérience clinique personnelle, mais aussi en rendant compte de l'ensemble des travaux dans une série d'articles actuellement publiés par le *Wratsch*. Beaucoup d'entre vous ont eu certainement l'occasion de faire sa connaissance en août dernier et de constater que notre confrère russe parle couramment le français et que la littérature psychiatrique française a en lui un commentateur très expert et très sympathique.

Pour toutes ces raisons, la Commission est très heureuse d'émettre un avis des plus favorables sur la candidature de M. Greidenberg, en qui la Société médico-psychologique trouvera un membre associé étranger très distingué et plein d'un dévouement actif.

Conformément à ces conclusions, M. Greidenberg est, à l'unanimité, élu membre associé étranger.



*Hépatisme et névropathie. Rapport sur un travail du professeur Massalongho, de Venise.*

M. ARNAUD. — J'ai l'honneur de vous présenter l'analyse d'un mémoire que nous a adressé le professeur Massalongho, de Venise, sur les rapports de l'hépatisme et de la névropathie. Ce travail intéressant, qui comprend un petit nombre de pages, est une sorte de revue d'une question assez nouvelle.

Rappelant l'opinion antique de la médecine humorale sur le rôle du foie dans les affections nerveuses, l'auteur note le renouveau d'actualité qu'apportent à cette manière de voir les idées récentes sur les auto-intoxications, parmi lesquelles l'hépatotoxémie a une importance particulière.

Il faut se garder de considérer comme d'origine hépatique tous les accidents morbides qui peuvent survenir chez un sujet dont le foie est lésé : par exemple, une hémorragie cérébrale chez un cirrhotique, ou bien des troubles cérébraux développés au cours d'une infection dans laquelle le foie se trouve également lésé, ou encore le délire chez un alcoolique atteint de sclérose du foie, etc., n'ont pas une origine hépatique. Ce sont de simples coïncidences ou bien des effets multiples d'une cause agissant à la fois sur la glande hépatique et sur le système nerveux. On doit entendre par *troubles nerveux d'origine hépatique* uniquement les phénomènes nerveux qu'une lésion du foie peut seule expliquer, et qui ne trouvent leur raison d'être dans l'altération d'aucun autre organe.

La question ainsi posée, M. Massalongho passe en revue les affections nerveuses à propos desquelles on a invoqué l'influence étiologique des lésions du foie. Les principales sont : le *coma* (transitoire ou terminal), l'épilepsie, l'éclampsie, les convulsions, les tremblements, certaines névroses, et même des cas de myélopathies. C'est ainsi que Teissier et Pierret, de Lyon, ont décrit des cas d'ataxie locomotrice, d'atrophie musculaire progressive, de maladie de Parkinson, de goitre exophtalmique, d'origine hépatique. M. Massalongho discute ces observations et il les fait rentrer, soit dans les simples

coïncidences, soit dans ces faits complexes relevant d'une cause unique à effets multiples ou de plusieurs causes agissant simultanément. Il est d'autant moins disposé à les considérer comme dépendant réellement d'une altération du foie que les auteurs n'auraient pas tenu un compte suffisant des antécédents du sujet et de la prédisposition névropathique.

De la neuropathologie, la théorie de l'hépatisme a pénétré dans le domaine de la psychiatrie. M. Massalongho rappelle les travaux de Léopold Lévy et de Charrin sur le *délire d'origine hépatique*, l'étude du professeur Joffroy sur la *pseudo-paralysie générale hépatique*, et il cite le nom de notre collègue Klippel, qui « attribuerait une origine exclusivement hépatique à certains délires des alcooliques, *si même il ne va pas jusqu'à créer une folie hépatique* ».

J'exprimerai incidemment le regret que M. Massalongho se soit borné à cette unique mention des travaux de M. Klippel. Vous savez tous, Messieurs, que notre distingué collègue a été un initiateur dans cette question des rapports des affections mentales avec les lésions du foie, et qu'il y a consacré plusieurs mémoires importants. Et si je fais cette remarque à propos de la brochure de M. Massalongho, c'est que, plusieurs fois déjà, j'avais eu l'occasion de la faire à la lecture des publications d'autres confrères italiens. J'ai cru voir, et je serais heureux de m'être trompé, que les travaux français de médecine mentale étaient suivis en Italie avec moins d'attention que ceux d'autres pays ; d'où des insuffisances fréquentes et des inexactitudes dans les citations.

Quoi qu'il en soit de ce point spécial, je ne crois pas que M. Klippel ait jamais admis une *folie hépatique* ; la formule qu'il a plusieurs fois employée se résume en ceci : les troubles cérébraux considérés par lui comme d'origine hépatique constituent une *forme étiologique*, mais *non une forme mentale* particulière. Le professeur Massalongho ne va même pas jusque-là ; il admet seulement « que les maladies du foie, que l'insuffisance de sa fonction peuvent influencer la physionomie et le développement du délire et des psychopathies chez les sujets prédisposés, et que la folie des alcooliques subit aussi une influence du fait des altérations concomitantes que l'al-

cool détermine sur le foie... C'est, pour employer la juste expression de Cullerre, la goutte d'eau qui fait déborder le vase ».

D'après M. Massalongho, les troubles nerveux n'existent guère dans les maladies du foie que lorsque les reins sont également altérés, et, par conséquent, dit-il, « ce n'est plus de *névropathie par hépatisme* que l'on doit parler, mais de *névropathie par toxémie hépatorénale* ». L'expérimentation n'est pas plus favorable que la clinique à l'hypothèse d'une névropathie d'origine hépatique. Les phénomènes d'auto-intoxication sont toujours très complexes ; les maladies locales, au sens étroit du mot, n'existent pas. La spécialisation excessive des maladies et des symptômes, la tendance moderne à la création de nouvelles formes morbides, causent de graves dommages à la clinique et à la thérapeutique.

On voit que le professeur Massalongho se défend contre ces nouvelles tendances ; il se refuse à transporter au lit du malade les conclusions du laboratoire, et il n'est guère séduit, en particulier, par « ce nouveau chapitre de pathologie : l'hépatisme et la névropathie », dont le bilan lui paraît bien léger.

Quelque opinion que l'on puisse avoir sur cette question, il faut reconnaître que M. Massalongho soutient sa manière de voir avec toutes les ressources que peuvent fournir une grande expérience clinique et la connaissance des recherches expérimentales. Son travail sur une question à l'ordre du jour et encore nouvelle est fort instructif et il méritait de vous être présenté.

M. KLIPPEL. — Ainsi que vient de le rappeler M. Arnaud, j'ai établi par de nombreux travaux le rôle de l'insuffisance hépatique dans le délire et depuis cette époque, plusieurs auteurs ont confirmé ma doctrine dans ses faits principaux.

A l'état normal, la cellule hépatique a un rôle antitoxique de la plus haute importance. Que cette cellule soit insuffisante à un certain degré, soit par trouble biochimique de sa fonction, soit par une lésion plus profonde, les toxines organiques tendent à s'accumuler dans l'organisme. D'autres organes, et le rein en particulier, peuvent jusqu'à un certain point parer aux troubles de l'intoxication qui tend à se produire, de

sorte que l'intégrité ou l'altération du parenchyme rénal ont toujours leur valeur incontestable en pareil cas.

Au jour où un sujet, atteint d'insuffisance hépatique, présente une maladie ou un trouble capables d'augmenter les toxines de l'organisme et où la cellule hépatique est par ce fait, mise à l'épreuve, son insuffisance éclate et se manifeste très souvent par le délire. Il résulte de cette pathogénie que les troubles cérébraux peuvent présenter les différentes formes habituelles dans les auto-intoxications envisagées en général, et de plus, que la prédisposition du sujet entre ici, comme toujours, en ligne de compte.

L'insuffisance hépatique n'en est pas moins, au point de vue pathogénique, la cause principale du délire, et le pronostic et le traitement surtout ne sauraient faire abstraction de la lésion causale.

Mais le rôle du foie est variable suivant le cas. Dès mon premier travail sur ce sujet j'ai cherché à le préciser, et j'ai pu admettre trois degrés d'une importance croissante.

Comme exemple du premier degré, j'ai cité le paralytique général, dont le délire est suffisamment expliqué par une infection chronique de l'encéphale, évoluant par poussées successives. Cependant, chez le paralytique général, le foie est souvent atteint et l'auto-intoxication qui en dérive peut agir sur l'encéphale, à titre d'épiphénomène.

En second lieu, le rôle du foie est beaucoup plus important chez l'alcoolique. Je n'ai pas fait une seule autopsie d'alcoolique ayant déliré sur un mode ou sur un autre, qui n'ait présenté des lésions hépatiques, visibles à l'œil nu, ou constatées par un examen histologique. Dans mon article « Alcoolisme », j'ai cherché à établir que, en dehors de l'ivresse aiguë, qui est due à l'action de l'alcool lui-même, tous les délires des alcooliques relevaient d'infections aiguës (*delirium tremens*), d'infections chroniques (paralysie générale des alcooliques), d'auto-intoxications passagères ou subaiguës (délires subaigus des alcooliques). Toutes ces toxines, qui ne sont pas l'alcool lui-même, viennent agir sur le cerveau préalablement lésé de l'alcoolique. Or, l'alté-

ration de la cellule hépatique, démontrée constante chez les délirants alcooliques, a un rôle des plus manifestes dans leurs délires subaigus. Au moindre surmenage, à la moindre infection, au moindre écart de régime, l'alcoolique fait un rêve, un rêve prolongé, un accès de délire subaigu. Et ces manifestations mentales viennent démontrer l'impuissance de la cellule hépatique à neutraliser les toxines, dès que celles-ci augmentent par le fait d'une maladie intercurrente.

En troisième lieu, le foie peut être particulièrement ou primitivement lésé par une maladie à détermination hépatique prédominante. Tel est le cas de l'ictère grave aigu, secondaire aux maladies du foie. Tel est encore le cas de destructions moins aiguës de la cellule hépatique. Or, dans ce troisième groupe de faits, l'influence du foie est presque seule en cause.

Voilà, en résumé, ce que mes travaux ont eu pour but d'établir depuis 1890 jusqu'à ce jour. On reconnaîtra qu'il ne s'agit nullement en tout ceci de l'influence mystérieuse qui autrefois était à la base de la folie dite *sympathique*.

Quelques auteurs ont fait remarquer, comme opposé à mes idées, le grand nombre de malades atteints de cirrhoses hépatiques, avec ascite ou ictère, qui n'avaient nul délire. Je puis affirmer que ces auteurs m'ont critiqué sans avoir pris la peine de me lire. Ce n'est pas la sclérose péri-veineuse ou péri-biliaire qui est à l'origine du délire des hépatiques. Tant que dans une cirrhose la cellule hépatique n'est pas notablement altérée, il n'y a point insuffisance, et partant point de délire. Et réciproquement, avec destruction de la cellule et sans cirrhose, le délire éclate. Tout est subordonné au degré du trouble fonctionnel de la cellule elle-même.

*L'examen des inculpés au point de vue mental par les médecins non spécialisés.*

M. HENRI COLIN demande à la Société la permission de lui lire la lettre suivante relative à l'examen médico-légal de l'état mental d'un inculpé.

Cette lettre est intéressante au point de vue de la

réforme de l'expertise, car ici, au rebours de ce qui a lieu d'ordinaire, c'est l'avocat qui, frappé du dérangement des facultés intellectuelles de son client, s'élève contre le rapport du médecin expert concluant à la simulation.

Monsieur le Docteur,

Chargé de défendre devant le tribunal correctionnel de P..., le nommé X..., jadis interné à l'asile de Gaillon de 1896 à 1898, et au sujet duquel vous avez été interrogé le 30 août dernier par commission rogatoire, je prends la liberté de vous consulter sur le cas de cet individu.

Le D<sup>r</sup> Z..., de notre ville, a dressé un rapport concluant à l'entière responsabilité de X... et prétendant que c'était un simple simulateur. Dois-je accepter cette conclusion ou demander une nouvelle expertise par des spécialistes ?

Sans doute, X... n'a pas eu de délire proprement dit ; mais il se livre à des actes suspects : il choisit sa gamelle à la prison comme s'il craignait d'être empoisonné ; un jour, il se dresse sur son lit et crie : « X... est mort » ; il écrit des lettres à tout le monde, procureur, juge, gardien-chef, M<sup>e</sup> Decori, avocat, au roi de France et raconte mille persécutions venant des gardiens ; il dit craindre de retourner dans un asile de fous, parce qu'il ne veut plus prendre de bains et de douches glacées ; il dit que les fous sont bien malheureux parce qu'on ne voit pas qu'ils ont leur raison, etc., etc. Les idées de persécution sont très manifestes dans ses lettres et dans sa conversation.

En outre, il prétend que la nuit le gardien-chef vient lui crier : « A mort ! à mort ! » Donc, semble-t-il, des hallucinations de l'ouïe. Les symptômes sont ceux mêmes notés dans votre déposition.

L'opinion du médecin au rapport peut se formuler ainsi :

X... simule la surdité (ce qui est bizarre, c'est qu'au dossier une pièce établit qu'étant au régiment, X... a eu une otite). X... entend quand il veut, prétend le docteur.

X... simule la folie, et s'il la simule bien, c'est parce qu'il a été interné et a vécu avec les fous. C'est ainsi qu'il imite :

1<sup>o</sup> Leurs attitudes : gesticule, s'emporte, puis se calme subitement ;

2<sup>o</sup> Leurs bizarreries : casse une vitre dans sa cellule et se précipite au guichet en criant : « X... est mort » ; tente de se suicider, mais au moment de la visite des gardiens (pour convaincre ce docteur, il faut réussir son suicide) ; il affecte, quand il écrit, les titres pompeux, les lettres majuscules et les fioritures, écrit dans tous les coins du papier.

3<sup>o</sup> Leurs manies : c'est un persécuté, autrefois par sa belle-

mère, maintenant par le gardien-chef. C'est un mégalomane, il se défend d'être fou comme tous les fous ;

4° Leurs hallucinations : il prétend qu'on lui envoie des jets de lumière dans les yeux, qu'on lui fait sentir de mauvaises odeurs, qu'on lui donne des secousses électriques, etc.

Et voilà pourquoi X... n'est pas fou, autrement dit il n'est pas fou parce qu'il a été interné trois ans, et qu'ayant vécu avec des fous, il est à même de les imiter.

Mais pourquoi est-ce de l'imitation ? pourquoi pas des manifestations spontanées ? Je ne trouve pas la raison dans le rapport, si ce n'est que M. le D<sup>r</sup> Z... n'a trouvé aucun caractère somatique.

Dans cette situation, j'ai besoin d'un avis éclairé et d'un conseil sûr. Je vous serai obligé ne me dire si vous considérez le diagnostic de simulation comme acceptable, si X... a pu être un simulateur pendant qu'il était sous votre observation.

Agréez, etc.

A cette lettre, qui dénotait chez l'avocat du prévenu un rare esprit d'observation, je fis la réponse suivante :

MONSIEUR,

Vous voulez bien me demander mon avis au sujet d'un de mes anciens malades, le nommé X... que vous êtes chargé de défendre et qui est resté à l'asile spécial d'aliénés de Gaillon de 1896 à 1898. Un mot suffira, je crois, à éclairer votre religion au sujet de cet individu : c'est sur ma proposition et parce que je *le considérais comme un aliéné incurable* qu'il a été grâcié le 14 juillet 1896.

Ma conviction n'a pas changé et je crois que, devant les conclusions du rapport du médecin expert, une nouvelle expertise, faite cette fois par des spécialistes, s'impose.

Il y a plus. Si les citations que vous me donnez du rapport médico-légal sont exactes, ce rapport constitue pour X... le certificat d'aliénation mentale le plus complet qu'on puisse faire. Le malade est très complètement et très bien observé ; mais on reste stupéfait des conclusions auxquelles cette observation rigoureuse a conduit mon honorable confrère.

Voilà, disons-le en passant, le résultat de cet usage déplorable en vertu duquel on confie l'examen de l'état mental d'un inculpé à un expert que certainement ni ses études antérieures ni sa pratique journalière ne qualifient pour cette besogne. Il est vrai que jusqu'à une époque toute récente, l'étude de la folie ne faisait pas partie obligatoire des études de médecine, ce qui n'empêchait pas les médecins d'avoir qualité pour interner les aliénés dans les asiles. Cette anomalie profondément cho-

quante semblait toute naturelle. En effet, au contraire de toutes les autres branches de la médecine, l'aliénation mentale ne semblait nécessiter aucune étude préalable, et l'appréciation de l'intégrité ou de l'altération des facultés intellectuelles paraissait à la portée du premier médecin ou du dernier gardien de prison venu.

Est-il étonnant que dans ces conditions on conclue 90 fois sur 100 à la simulation ? Et pourtant il n'y a guère d'affection qui pour moi soit plus difficile à simuler que la folie.

Pour en revenir à X..., je l'ai gardé deux ans dans mon service, dans un asile où il *n'avait aucun intérêt à simuler*.

Il m'était envoyé de la prison de Beaulieu par le D<sup>r</sup> Moutier, qui est en même temps médecin de l'asile d'aliénés de Caen.

Je viens de revoir les notes que j'ai prises sur lui et les innombrables lettres qui sont restées à son dossier ; j'ai interrogé les gardiens de l'asile qui l'ont soigné et qui professent à l'égard des malades toute la méfiance désirable, portés qu'ils sont, par principe d'abord, par ignorance ensuite, à voir partout des simulateurs.

De tout cela il résulte que :

1° X... est sourd. Tout le monde se le rappelle et l'a toujours connu sourd ;

2° X... est un aliéné ;

La mère du malade est folle, internée à Rouen ; lui-même a toujours été bizarre ;

3° X... a fait le 5 février 1897, à l'asile de Gaillon, une tentative de suicide par pendaison, si peu simulée qu'il a fallu trois quarts d'heure pour le rappeler à la vie.

Quel genre d'aliéné est donc X... ?

Il appartient à cette classe de dégénérés aux idées délirantes polymorphes, chez lesquels toutes les formes de la folie peuvent se succéder et se remplacer.

Chez eux, ou bien pas de systématisation, ou bien pas de fixité dans la systématisation de délire. Ils auront des idées de persécution multiples, accusant, tantôt telle personne, tantôt telle autre, d'être la cause de leurs souffrances et de leurs malheurs. Puis viendra une période d'excitation violente à laquelle succédera une poussée non moins accentuée de dépression mélancolique avec toutes ses conséquences (idées et tentatives de suicide, etc.) Puis on verra se manifester ensuite un délire des grandeurs, des idées de richesse, une exaltation malade de la personnalité etc., etc. Je ne puis, vous le comprenez, vous faire un tableau plus détaillé de la maladie ; mais dans ce qui précède, vous aurez déjà reconnu votre client.

Et c'est justement parce que le médecin expert qui l'a examiné connaît mal ces états que, dérouter par l'apparente incohé-



rence des manifestations intellectuelles, ne trouvant pas, d'autre part, la systématisation du délire des persécutions ordinaire, il conclut à la simulation.

Il y a plus : X... n'est pas seulement un aliéné. C'est en même temps un vicieux. Car il y a des aliénés vicieux. X..., en particulier, s'est souvent montré insupportable, rebelle à toute discipline pendant qu'il était dans mon service, et je m'explique fort bien qu'on ne l'ait pas gardé dans l'asile d'aliénés ordinaires où je l'avais envoyé à sa libération et où il a dû être un sujet perpétuel de désordre.

Vous connaissez du reste sa vie passée et vous savez qu'il a subi de nombreuses condamnations pour faux, escroqueries, etc. Il commettra de nouveaux délits toutes les fois qu'il sera en liberté.

Vous voyez, Monsieur, combien dans ces questions d'examen mental il est bon de ne pas s'attacher exclusivement à l'idée étroite de responsabilité et d'irresponsabilité. Dans le cas particulier qui nous occupe, c'est en tenant compte de ces deux éléments :

Aliénation mentale d'une part, nature vicieuse de l'autre, qu'on pourra juger sainement de l'état mental véritable de X...

La place de ces individus serait évidemment dans un asile spécial qui n'existe pas encore en France.

JE VOUS AUTORISE, MONSIEUR, A FAIRE DE CETTE LETTRE L'USAGE QUE VOUS JUGEREZ CONVENABLE ET VOUS PRIE D'AGRÉER, ETC.

Je ne veux rien ajouter à ce qui précède. Les faits se passent de commentaires. Mais ils démontrent une fois de plus la nécessité qu'il y a d'exiger des experts quelques connaissances spéciales, ou tout au moins de confier les examens de l'état mental des inculpés à des médecins spécialisés.

M. BRIAND. — Il me semble que M. Colin s'est engagé dans une voie dangereuse, car cet individu peut l'accuser de violation de secret professionnel. Rappelez-vous l'affaire Watelet-Bastien Lepage.

M. COLIN. — J'avais déjà été interrogé par commission rogatoire.

M. LEGRAIN. — En ramenant la question aux faits, je crois utile de rappeler un fait pour lequel j'ai été consulté par un avocat. Il s'agissait d'un homme, sujet à des vertiges dus à l'absinthisme, et qui assassina sa femme. L'avocat demanda une expertise qui fut confiée

à trois médecins de la ville parfaitement incompétents, qui firent un rapport absolument insuffisant à mon avis. Sur les renseignements donnés par moi à l'avocat, il plaida l'irresponsabilité. Malgré cela, l'individu fut condamné et exécuté. Il faut signaler l'incompétence regrettable des experts dans beaucoup de cas.

M. PACTET. — J'ai fait la même chose que M. Colin pour un jeune homme que j'avais eu dans mon service et qui passait en conseil de guerre. Mon confrère m'a demandé des renseignements pour l'expertise et je n'ai pas hésité à les lui fournir.

La Société décide que la prochaine séance aura lieu le 17 décembre en raison des fêtes de Noël et du Nouvel-An.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

PAUL SOLLIER.

---

---

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### Académie de médecine.

ANNÉE 1899.

I. — *Absence de sens moral chez les criminels*; par le D<sup>r</sup> Prosper Lemaistre (séance du 11 avril). — Médecin de la maison d'arrêt de Limoges, l'auteur a pu se convaincre que la plupart des détenus étaient des malades d'esprit ayant tous, ou à peu près tous, perdu le sens moral. Aussi est-il d'avis que tous les adoucissements apportés à la vie de prison sont un contresens et que seule la crainte a prise sur ces individus. Il cite avec humour un certain nombre d'exemples topiques et conclut que les peines corporelles avaient du bon et qu'il faudrait au moins rétablir le pilori, puisque la prison à elle seule n'intimide plus les délinquants. Pour n'être pas une peine corporelle, ce n'est pas moins la peine morale la plus poignante qu'on puisse infliger à un condamné, car nombre de criminels de marque lui préféreraient la mort.

II. — *Signification physiologique de la résection du sympathique dans la maladie de Basedow, l'épilepsie, l'idiotie et le glaucome*; par le D<sup>r</sup> François Franck (séance du 23 mai). — Voici les principales conclusions qui résument cette importante communication physiologique :

1° Le cordon cervical du sympathique agit comme nerf propulseur du globe oculaire grâce à son action sur le muscle de Muller; sa section supprime ou atténue l'exophtalmie;

2° Ce nerf agit sur la circulation intra-oculaire à la fois comme constricteur et comme dilatateur des vaisseaux; sa section diminue la tension oculaire et pourrait intervenir utilement dans le glaucome;

3° Le sympathique cervical n'agit pas comme vaso-dilatateur thyroïdien; il fait contracter les vaisseaux du corps thy-

roïde ; sa section ne peut dès lors qu'ajouter une vaso-dilatation paralytique à la congestion active du goitre exophtalmique ;

4° Aucune expérience n'a démontré l'action excito-sécrétoire thyroïdienne du sympathique ;

5° L'action vaso-constrictive cérébrale du sympathique n'est pas douteuse ; son action vaso-dilatatrice cérébrale n'est encore qu'hypothétique ; par suite, la section cervicale ne peut qu'activer le courant sanguin. Le bénéfice qu'on en peut retirer au point de vue des accidents de la maladie de Basedow et de l'épilepsie semble au moins problématique, la théorie de l'anémie cérébrale dans ces deux affections restant très discutable ;

6° Le sympathique cervical n'agit pas directement sur les vaisseaux protubérantiels, bulbaires et spinaux supérieurs ; c'est au nerf vertébral qu'est dévolue cette action vaso-motrice ;

7° Les nerfs cardiaques accélérateurs du sympathique ne sont fournis qu'en faible proportion par le cordon cervical ; ils émanent en majorité de la région thoracique supérieure ;

8° Tout l'appareil sympathique, tant thoracique que cervical, superficiel et profond, est doué de la sensibilité directe et transporte au bulbe et à la moelle cervico-dorsale des nerfs centripètes provenant surtout du cœur et de l'aorte.

Il paraît donc logique de penser que la résection du sympathique agit au moins autant pour supprimer la transmission vers les centres d'excitations anormales d'origine cardio-aortique que pour supprimer des influences centrifuges thyroïdiennes, encéphaliques et cardiaques.

III. — *Sur les variations de l'état électrique des muscles chez l'homme sain et malade* ; par le Dr Mendelssohn. Rapport de M. François Franck (séance du 19 décembre). — La contraction volontaire ou artificiellement provoquée des muscles s'accompagne d'une manifestation électrique. M. Mendelssohn suit les phases de cette courbe électrique dans les conditions les plus variées de la fonction musculaire et particulièrement dans les deux séries pathologiques inverses de la paralysie et de la contracture ; il apporte ainsi une importante contribution au diagnostic différentiel des paralysies organiques et des paralysies hystériques d'une part, et de l'autre à celui des contractures secondaires et des contractures simples.

Dans les paralysies simples, l'aiguille du galvanomètre se dévie avec la même rapidité que dans les paralysies atrophiques, mais, dans ce dernier cas, elle revient beaucoup plus lentement au zéro, sans arrêt cependant.

Dans les contractures hémiplegiques, le retour à zéro est interrompu par deux ou trois temps d'arrêt, souvent par un ou deux reculs, et ne revient que très lentement à la position d'équilibre. Ces phénomènes ne se rencontrent pas dans la contracture hystérique.

A. CULLERRE.

---

## JOURNAUX ALLEMANDS

### Neurologisches Centralblatt

ANNÉE 1897

I. — *Un cas de paramyoclonus multiplex consécutif à un traumatisme*; par le Dr Schütte (n° de janvier). — Depuis que Friedreich a, en 1881, établi les caractères cliniques du paramyoclonus multiplex, de nombreuses observations ont été publiées. Friedreich indique comme principal facteur étiologique la frayeur; quelques cas aussi ont été imputés à des lésions physiques, à des vices congénitaux du système nerveux, ou à des accidents; dans ces derniers, il y a lieu de se demander quelle part il faut imputer au traumatisme proprement dit et au schok concomitant. L'auteur rapporte un cas de ce genre. — Un ouvrier de cinquante-deux ans tombe d'un échafaudage, présente des signes de commotion cérébrale, et obtient une pension qu'on réduit après un an, ce qui provoque un nouvel examen médical. Des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, de la dysacousie font diagnostiquer une hémorragie sous-méningée.

Enfin, cinq ans après l'accident, l'auteur observe le malade dans son service; il constate une névrose traumatique. Trois ans plus tard, nouvelle admission. Cette fois le malade présente les signes de la maladie de Friedreich : contractions cloniques bilatérales, mais non isochrones, d'un groupe de muscles, peu marquées aux bras, où elles se traduisent par des tremblements. Aux membres inférieurs, les contractions musculaires produisent une claudication légère; des mouvements intentionnels d'un membre provoquent la contraction des muscles de l'autre membre. Augmentation du réflexe patellaire, réaction électrique normale.

A quelque dissemblances près, les symptômes sont ceux signalés par Friedreich. Mais, d'autre part, le paramyoclonus multiplex est battu en brèche, en tant qu'entité morbide. Möbius et Strumpell n'y voient qu'une forme particulière, d'ailleurs assez fréquente, de l'hystérie. Böttiger admet deux types : celui de Friedreich, qu'il fait rentrer dans le cadre de l'hystérie, et celui d'Unverricht, qu'il identifie avec la chorée d'Huntington. Par contre, Unverricht et Ziehen, tout en admettant que le paramyoclonus multiplex existe comme entité morbide, reconnaissent que beaucoup de cas publiés sous cette rubrique appartiennent à l'hystérie. Pour eux, le cas rapporté par l'auteur rentrerait certainement dans le cadre de l'hystérie en raison de la névrose traumatique qui avait été constatée et aussi en raison des allures hystériques du patient, qui gémissait, se disait inapte ou travail, alors que cette assertion était démentie par l'état calleux de ses mains.

Étant donné que la nature même des contractions musculaires permettait d'exclure la chorée, l'auteur estime que la question du diagnostic différentiel se pose pour l'hystérie et le le paramyoclonus multiplex.

Or si, d'une part, la maladie de Friedrich a souvent pour cause une émotion violente, une affection débilitante pour le système nerveux, il semble que l'hérédité joue rarement un rôle étiologique ; il faut signaler cependant l'observation publiée par Weiss, concernant sept membres d'une même famille atteints de contractions musculaires arythmiques, cloniques.

D'autre part, depuis qu'Unverricht a passé au crible de la critique les observations publiées, de nouveaux cas ont été décrits et imputés à une arthrite blennorrhagique (Chauffard), à des maladies psychiques (Erb, Lemoine), au typhus (Goldflam). De tout cela, l'auteur conclut que les caractères de l'affection sont changeants et mal délimités, et que, si l'on reconnaît à la maladie de Friedreich une existence propre, il faut ranger le cas observé par lui sur les frontières de l'hystérie et de la maladie de Friedreich. Ces deux affections sont susceptibles de se pénétrer réciproquement. Le cas rapporté a en effet débuté par des accidents de nature hystérique ; les symptômes de paramyoclonus multiplex ne sont survenus que plus tard. Les névroses traumatiques peuvent ainsi affecter des formes très diverses.

II. — *Névrose professionnelle (tic des horlogers) affectant la*

*forme du tic facial*; par le D<sup>r</sup> Toby Cohn (numéro de janvier). — A la suite d'un travail quotidien depuis vingt ans, avec une loupe fixée devant l'œil gauche, un horloger présente des contractions passagères des muscles de la face, du côté gauche, d'abord pendant la durée du travail seulement, et plus tard d'une manière continue. Comme il n'y a eu à aucun moment des troubles de la sensibilité, il faut rejeter l'hypothèse d'une névrose par action réflexe (irritation du trijumeau), et admettre qu'il s'agit d'une névrose professionnelle pure du facial. Les névroses professionnelles des nerfs craniens sont rares; mais le fait qu'au début le tic ne s'établissait qu'après un travail un peu prolongé vient encore à l'appui du diagnostic. La guérison a été obtenue au moyen de lunettes composées d'une loupe pour l'œil gauche et d'un verre opaque pour l'œil droit. L'effort des muscles périoculaires, pour maintenir la loupe, se trouve ainsi supprimé.

III. — *Traitement de l'épilepsie*; par le D<sup>r</sup> Flechsig (numéro de janvier). — En 1893, Flechsig a rapporté quelques succès obtenus dans le traitement de l'épilepsie par l'emploi combiné du bromure et de l'opium. Depuis, le D<sup>r</sup> Salzburg a publié un travail plus complet sur cette question et a limité l'indication aux cas rebelles au traitement par le bromure seul, excluant d'ailleurs de cette méthode de traitement les cas d'épilepsie avec pléthore ou foyers cérébraux. Depuis, beaucoup de médecins ont eu recours à ce traitement; les uns en ont été satisfaits, d'autres l'ont condamné. Bautz attribue même trois décès au traitement en question, « à la cure de Flechsig ». A quoi l'auteur répond que les mécomptes sont imputables aux médecins et non au traitement; que, dans sa clinique et dans celle de Binswanger, malgré le grand nombre de malades traités, aucun accident n'a eu lieu; qu'il faut surveiller les malades, les confier à un personnel de choix, les traiter comme des personnes atteintes de maladies aiguës; conditions qui sont difficilement réalisables en dehors d'une clinique spéciale; et il ajoute que s'aventurer sans ces garanties, c'est exposer les malades aux plus graves dangers. Quant aux résultats personnels, Flechsig cite six améliorations (c'est-à-dire disparition des crises depuis vingt-sept mois), sur 50 malades traités. Il s'agissait de malades anciens, traités sans succès par les autres méthodes, présentant des anomalies psychiques variées et une constitution torpide liée généralement à l'anémie.

Au reste, sauf les cas d'épilepsie à la suite d'émotions, de

chagrins, l'auteur ne donne l'opium avec le bromure que lorsque le bromure seul a été sans effet. Il ne regarde comme concluantes que les améliorations consécutives à l'association des deux médicaments, alors que la même dose de bromure administrée seule n'avait donné aucun résultat.

IV. — *Paralysies de nature épileptique à forme paroxystique. Contribution à la théorie des paralysies post-paroxysmales dans l'épilepsie partielle et de la sémiotique de ses équivalents moteurs*; par le Dr Higier (n° de février). — Si depuis des siècles on définit l'épilepsie une affection caractérisée par des accès convulsifs avec perte de connaissance et amnésie consécutive, on a dû cependant admettre plusieurs variétés de cette affection. A côté de la forme grave est venue prendre place « l'épilepsia minor » ou petit mal, dans laquelle l'accès convulsif est remplacé par l'aura d'ordre moteur, sensible, sensoriel, sécrétoire, vaso-moteur ou psychique. Au commencement du siècle Bravais signale une variété d'épilepsie sans convulsions générales, sans amnésie, sans perte de connaissance, variété étudiée vers 1860 par Jackson dont elle porte le nom. Jackson voulut y voir d'abord une manifestation de lésions corticales circonscrites, n'ayant rien de commun avec l'épilepsie; mais on dut bientôt reconnaître que des lésions corticales diffuses, des foyers sous-corticaux, des intoxications (urémie, auto-intoxications intestinales, alcoolisme), des lésions périphériques et même des affections dynamo-fonctionnelles, telles que l'hystérie, pouvaient également provoquer des convulsions localisées; et l'on dut admettre que l'épilepsie de Bravais-Jackson pouvait être le symptôme initial de divers états pathologiques, ou la manifestation d'une névrose spéciale (hystérie), ou bien encore pouvait constituer une forme abortive de l'épilepsie vraie.

A côté de cas d'épilepsie partielle, unilatérale, clonique, on observa de temps en temps (Charcot, Graffier) des cas d'épilepsie jacksonnienne à forme tonique ou vibratoire, et à type crural, brachial ou facial, présentant un caractère éphémère, ou durant au contraire plusieurs mois.

Or, si on considère, d'une part, que, lorsque les convulsions se généralisent dans l'épilepsie jacksonnienne, elles sont accompagnées d'obnubilation de la conscience, et, d'autre part, que l'épilepsie vraie à convulsions localisées à une partie du corps n'évolue cependant pas sans troubles de la conscience, on est amené, malgré l'avis contraire de Jackson et de Roland, à admettre une parenté intime entre les deux variétés d'épilepsie.



Et en effet, le phénomène de l'aura se présente dans les deux variétés avec un caractère identique, et toutes deux s'observent souvent comme forme initiale ou terminale d'une affection organique du cerveau.

Au point de vue clinique, il est à remarquer que le cri, qui fait généralement défaut dans l'épilepsie jacksonnienne, n'est pas constant dans l'épilepsie vraie ; que la miction involontaire, fréquente dans cette dernière, s'observe aussi dans l'épilepsie jacksonnienne, et enfin que l'état épileptique peut exister dans les deux variétés d'épilepsie.

Au point de vue pathogénique, la théorie corticale de l'épilepsie vraie, substituée à la théorie bulbaire, accentue l'analogie avec l'épilepsie jacksonnienne.

Le fait que les phénomènes d'aura peuvent exister seuls, et prendre la signification clinique des convulsions, fit admettre, à côté des formes mixtes ou de transition, les équivalents cliniques.

Pitres signale des équivalents sensoriels ; Löwenfeld, des équivalents moteurs, et Siemerling, des équivalents psychiques. Des anesthésies localisées ont été signalées comme équivalents sensitifs ; mais l'épilepsie partielle à forme paralytique a été peu décrite. L'auteur rapporte l'observation suivante :

Un enfant de six ans a eu il y a quelques mois, pendant le sommeil, un accès convulsif avec perte de connaissance, accès que l'auteur considère comme étant de nature épileptique. Dix jours après, sensation de picotement au-dessous du genou droit et paralysie passagère de la jambe. Depuis, accès analogues, quinze ou vingt fois par jour, sans amnésie ni perte de connaissance.

Quelquefois la paralysie s'étend au tronc et même au bras. Parfois aussi la sensation de picotement qui annonce l'accès fait défaut, et alors l'enfant tombe et se blesse. — Il survient une bronchite diffuse avec amaigrissement et toux.

Sous l'influence du bromure seul, ou associé à l'iodure et à l'opium, le nombre et la durée des accès ont diminué.

L'analyse critique des symptômes, l'efficacité de la médication bromurée, portent l'auteur à voir ici un équivalent à forme paralytique de l'épilepsie, et à croire que le mal est d'origine tuberculeuse, en raison des accidents concomitants du côté des bronches ; à moins que par sa marche ultérieure la maladie ne se révèle comme une affection purement fonctionnelle.

Comment expliquer ces paralysies paroxysmales ? L'auteur

cite trois théories : 1° celle de Jackson, soutenue aussi par Charcot, qui voit dans ces paralysies des effets d'épuisement de la force nerveuse à la suite des décharges de l'énergie potentielle accumulée dans les foyers cérébraux comme dans une bouteille de Leyde. Cette théorie ne saurait expliquer les paralysies survenant à la suite de convulsions à peine marquées ; 2° celle de Gowers, qui attribue à l'épuisement les paralysies consécutives aux convulsions violentes, et à l'irritation celles qui succèdent aux convulsions peu intenses ; 3° celle de Löwenfeld, qui, faisant un pas de plus, attribue toujours les paralysies postparoxysmales à des phénomènes d'inhibition ou d'arrêt.

L'auteur se rattache à cette dernière théorie et rapporte les phénomènes d'arrêt dans la sphère motrice à l'excitation des éléments corticaux sensitifs, irritation qui, chez le malade observé, s'est manifestée par l'aura (picotement). En l'absence d'aura sensitive, on pourrait admettre que ce phénomène, tout en existant, est trop faible pour arriver à la conscience.

Ces cas d'épilepsie paralytique, ou de paralysie épileptoïde, n'ont pas échappé à la perspicacité de Charcot, qui, les ayant observés dans la syphilis cérébrale, les qualifia d'épilepsies partielles. Pitres, Daly et Löwenfeld en ont rapporté un cas chacun. Quant à l'observation rapportée plus haut, elle est unique. dans ce sens que le cas est observé chez un enfant, et que, par conséquent, les manifestations relatées ne sauraient être mises sur le compte d'un trouble nutritif du cerveau à la suite de lésions vasculaires chroniques.

V.—*Convulsions corticales prolongées (protrahirte Krämpfe), dans la paralysie générale des aliénés* ; par Muratow (n° de mars). — A côté des attaques épileptiformes et apoplectiformes décrites par tous les auteurs, et aujourd'hui reconnues comme des manifestations d'une lésion corticale, on observe des manifestations interparoxysmales qui ont été beaucoup moins étudiées.

Krafft-Ebing ne fait que les mentionner. Ziehen a décrit des troubles choréiformes chez les paralytiques, et Mendel a creusé davantage la question. L'auteur rapporte à ce sujet les observations de deux aliénés paralytiques généraux, qui ont présenté des symptômes d'irritation corticale sous forme de convulsions cloniques prolongées, durant des semaines et même des mois, jusqu'au décès du patient. Des cas analogues de convulsions persistantes établies entre des attaques épileptiformes ou apoplectiformes ont été décrits par le professeur Kowschenikow,

qui a donné au syndrome le nom de « *épilepsia corticalis partialis continua* ». Bechterew, Darkchewicz, Orlovsky et Hermann ont publié des observations analogues ; mais, pour aucun de ces cas, l'autopsie n'avait pu être faite. D'après l'auteur il s'agit là de manifestations ayant pour substratum anatomique une dégénérescence diffuse de l'écorce cérébrale ; et peu importe que cette dégénérescence soit liée à une lésion en foyer, comme cela paraît être le cas dans l'observation de Kowschenikow, ou qu'elle soit la conséquence d'une périencéphalite diffuse, comme dans les observations de l'auteur. Ces deux cas, après avoir présenté les caractères cliniques de la paralysie générale, ont révélé à l'autopsie les caractères anatomiques de cette affection ; la description des lésions observées permit à l'auteur de conclure que deux conditions sont nécessaires pour provoquer le syndrome clinique des convulsions interparoxysmales en question, à savoir : 1° la persistance des cellules corticales qui peuvent être dégénérées, mais ne doivent pas être détruites complètement ; 2° la dégénérescence d'une quantité de fibres arciformes produisant une irritation permanente des cellules corticales.

L'auteur se résume ainsi : 1° On observe parfois à la suite d'attaques apoplectiformes ou épileptiformes chez les paralytiques généraux des convulsions corticales persistantes, sous forme de contractions de différents groupes musculaires ; 2° ces convulsions se lient aux attaques apoplectiformes, sont unilatérales et typiques et présentent tous les signes des affections corticales ; 3° cliniquement et pathogéniquement ces convulsions rappellent les accidents d'origine corticale, car elles s'observent d'une manière transitoire dans l'épilepsie corticale ordinaire ; 4° elles s'expliquent par l'extension de la lésion à la circonvolution frontale ascendante avec dégénérescence des fibres arciformes ; 5° elles peuvent s'observer indépendamment de la paralysie générale et indiquent toujours une dégénérescence diffuse dans la sphère corticale motrice ; 6° les attaques épileptiformes ordinaires des paralytiques généraux s'expliquent par une excitation réflexe produite par le processus inflammatoire sur la frontale ascendante moins atteinte. L'influence vasomotrice ne serait qu'un facteur secondaire ; 7° des convulsions persistantes dans la paralysie générale aggravent encore le pronostic ; 8° le traitement consiste dans l'emploi du bromure et du chloral.

VI. — *Un cas de maladie de Bernhardt* ; par le Dr Köslér

(numéro de mars). — Depuis quelques années, Bernhardt a attiré l'attention sur les paresthésies de la face antérieure de la cuisse, dans la sphère d'innervation du nerf musculo-cutané externe. Des observations ont été publiées par plusieurs médecins atteints de ces troubles de la sensibilité; chacun indiquait une cause étiologique différente, infection, traumatisme, refroidissement, etc. L'auteur signale un nouveau cas, survenu chez un confrère de ses parents, cas qui a récidivé trois fois et toujours sous l'influence de la même cause, la station debout prolongée pour la visite des musées ou d'expositions. Sans entrer dans les détails de l'observation, il faut signaler les circonstances qui, d'après l'auteur, la rendent intéressante, et qui sont les suivantes : 1° La maladie ne peut être imputée qu'à la fatigue causée par la visite des musées; elle s'étendait à tout le domaine du nerf musculo-cutané externe.

2° Sous l'influence du repos, il y eut guérison apparente; et cependant, après des années, il y eut deux rechutes de plus en plus graves et de plus en plus tenaces.

3° La guérison après la troisième attaque a cependant laissé après elle des troubles de la sensibilité tactile dans tout le domaine du nerf atteint.

Durant les deux dernières attaques, le mal a atteint les deux cuisses, quoique avec une intensité inégale.

VII. — *Paresthésies des nerfs cutanés de la cuisse*; par le Dr Benda (numéro de mars). — C'est encore une observation de la maladie de Bernhardt, observée chez un homme de cinquante-huit ans, et dont le début remonte à la campagne d'Autriche, faite par le patient en 1866. Les symptômes n'offrent rien de particulier; ce sont toujours les mêmes paresthésies à la région supéro-antérieure de la cuisse, signalées par Bernhardt, d'abord, puis par Næcke, Freud, etc. Une particularité de ce cas est sa longue durée. Il remonte à trente ans, et l'auteur se base sur cette donnée pour soutenir qu'il est probable que si la cause était d'origine infectieuse, comme quelques médecins sont portés à l'admettre, la maladie ne serait pas restée si longtemps localisée à un domaine nerveux restreint. Il est donc porté à admettre une névrite par suite d'une irritation locale persistante, et la cause de cette irritation pourrait être une ceinture étroite et serrée que le malade a l'habitude de porter. Breuer a déjà admis cette origine par compression. Mais dans ce cas, prétendra-t-on, les femmes devraient être plus souvent atteintes que les hommes, attendu qu'elles portent des vêtements plus serrés

à la taille, et cependant on n'a encore cité qu'un cas de maladie de Bernhardt chez la femme. L'auteur estime que cela tient peut-être à ce que les femmes, habituées à toutes sortes de petites misères, ne s'arrêtent pas à ces paresthésies, et peut-être aussi à ce que, quand elles s'en plaignent, on croit qu'il s'agit de manifestations hystériques.

VIII. — *Interprétation des convulsions survenant à la suite de tentatives de suicide par pendaison*; par le Dr Kompe (numéro d'avril). — Hoffmann-Wien, Wagner et Brackmann ont étudié cette question, et la littérature médicale comprend aujourd'hui vingt-cinq cas de convulsions survenues à la suite de tentatives de suicide par pendaison. L'auteur publie une nouvelle observation. Il s'agit d'une femme de vingt-trois ans, trouvée pendue et chez laquelle, après une heure et demie de respiration artificielle, le pouls et la respiration se rétablissent. A peu près deux heures s'étaient écoulées depuis l'intervention médicale par la respiration artificielle, quand s'établirent des convulsions cloniques intenses qui furent traitées par des injections de morphine (0 gr. 06 en deux fois). Le sommeil survint au bout de quelques heures, et, le lendemain, les phénomènes convulsifs ayant disparu, la malade se remit peu à peu. L'auteur fait remarquer que pour tous les cas publiés, les convulsions ont été observées, non pas immédiatement après la section de la corde, mais seulement après le rétablissement de la respiration, et avant que le malade eût repris connaissance.

Contrairement à Brackmann et à Möbius, qui attribuent ces convulsions à l'hystérie, l'auteur les explique par des phénomènes physiologiques résultant de la constriction, phénomènes qui sont : l'asphyxie, l'occlusion des carotides par le lien contracteur et enfin la compression du nerf vague par ce lien.

Tout s'explique par des perturbations apportées temporairement dans la nutrition, car, comme l'a dit Siegmund Mayer : « Chaque fois que la substance nerveuse terminale subit un trouble de nutrition passager, elle réagit par des phénomènes d'excitation (dans l'espèce des convulsions) au moment du retour à des conditions normales de nutrition. »

IX. — *La crainte de rougir considérée comme une forme spéciale de trouble pathologique*; par le professeur Bechterew (numéro de mai). — L'auteur a publié deux cas de cette affection. Ils ont été observés par lui chez des sujets du sexe masculin et auraient débuté chez l'un à l'âge de onze ans, chez l'autre à l'âge de trente et un ans. Ces malades sont constam-

ment obsédés par la crainte de rougir, et, sous l'influence de cette crainte, ils rougissent en effet, ce qui leur rend la fréquentation du monde très pénible, entretient chez eux une espèce d'anxiété permanente, qui même va jusqu'à l'idée de se soustraire à l'obsession par le suicide. A la tombée de la nuit, à la faveur d'appartements mal éclairés, la phobie disparaît, le patient étant rassuré par l'idée que la rougeur passerait inaperçue; et dans ces conditions, il ne rougit effectivement pas. Cela indique l'intervention prépondérante d'un facteur psychique. L'auteur, qui, avec Mislowski, avait fait des recherches sur les actions vaso-motrices des foyers corticaux, explique la phobie de la rougeur par une irritabilité excessive des centres corticaux vaso-dilatateurs, qui entreraient en action sous l'influence des impulsions psychiques les plus faibles, et spécialement sous l'influence de l'attention du malade fixée sur la possibilité de rougir.

L'auteur ajoute qu'il avait déjà publié ses observations en langue russe, quand il a eu connaissance de la publication de Pitres et Régis sur la « Phobie de la rougeur ». Il constate qu'il est d'accord avec eux pour voir dans cette affection une forme spéciale de crainte pathologique, de phobie. Ses observations ont porté sur deux hommes, ce qui concorde avec l'opinion de Pitres et Régis qui croient l'affection spéciale au sexe masculin. Mais un cas, observé par l'auteur, ayant débuté à l'âge de onze ans, il ne saurait admettre avec les auteurs français que l'affection en question ne se développe qu'après la puberté.

Quant au traitement, l'auteur, quoique ses essais à ce sujet n'aient pas été bien concluants, est d'accord avec Pitres et Régis pour recourir à la psychothérapie, à la suggestion hypnotique et surtout à l'auto-suggestion.

X. — *Contribution à la statistique et à l'étiologie de la paralysie générale des aliénés*; par le Dr Greidenberg (numéro de mai). — L'auteur publie une statistique très documentée portant sur le mouvement de dix années (1885-1895) à l'asile de Symferopol (Crimée). En ne comptant que les aliénés admis pour la première fois, il résume ainsi le mouvement :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Aliénés admis . . . . .	1.627	706	2.333
Atteints de paralysie générale. .	239	61	300
Proportion p. 100 . . . . .	14.68	8.64	12.85

L'observation de ces trois cents cas de paralysie générale a amené l'auteur aux conclusions suivantes :

1° La fréquence de la paralysie générale augmente constamment et progressivement, surtout chez la femme ;

2° Le rapport numérique des cas de paralysie générale observés, soit chez les hommes, soit chez les femmes, est de 10/5 et, en tout cas, il n'est pas inférieur à 10/4 ;

3° Il y a lieu d'étendre les limites d'âge pour la paralysie générale, notamment la limite initiale, qui doit être ramenée à la trentième année ;

4° Quoique considérée comme maladie urbaine, la paralysie générale commence à envahir de plus en plus la campagne ;

5° Dans les populations urbaines, la paralysie générale se démocratise pour ainsi dire petit à petit, atteignant de plus en plus les classes moyennes et inférieures (surtout en ce qui concerne la femme) ;

6° La syphilis, l'alcoolisme et l'hérédité sont les principaux facteurs de la paralysie générale ;

7° Dans la plupart des cas on peut constater la syphilis, qui cependant ne doit pas être seule incriminée, car, d'une part, on trouve souvent concurremment avec elle d'autres facteurs, et, d'autre part, beaucoup de paralytiques, surtout des femmes, ne sont pas syphilitiques et sont devenus paralytiques par suite d'alcoolisme ;

8° L'action de la syphilis, comme celle de l'alcoolisme et de l'hérédité, agit plus puissamment quand, au lieu d'être isolée, elle est combinée ;

9° L'étiologie de la paralysie générale, au point de vue de l'action combinée de ses divers facteurs, varie en raison des dispositions personnelles, et spécialement en raison des conditions de nationalité et de races, ce qui commande une grande réserve dans la comparaison des matériaux statistiques fournis par des auteurs différents.

XI. — *Mensuration de la capacité crânienne*; par le Dr Zanke (numéro de juin). — Le procédé que préconise l'auteur aurait, outre l'avantage de la simplicité, celui de donner des résultats d'une exactitude qui, sans être mathématique, est largement suffisante, les erreurs ne dépassant pas 1 p. 100.

Sur le cadavre, l'auteur enlève la calotte crânienne par un coup de scie bien horizontal. Il remplit le vide du canal vertébral avec de l'eau jusqu'au trou occipital, procédé qu'il a

substitué au tamponnement du trou avec du coton imprégné d'eau. Il évite, en sectionnant la tente du cervelet, d'ouvrir le sinus transverse, et s'il l'a ouvert, il le tamponne avec du coton saturé d'eau.

Dans ces conditions, la cavité crânienne est étanche, et il ne reste plus qu'à mesurer les quantités d'eau nécessaires pour remplir d'une part la partie basilaire du crâne, d'autre part la calotte. La somme de ces deux chiffres donne la capacité totale.

S'agit-il d'une tête macérée, l'auteur à recours à une vessie assez grande pour pouvoir être appliquée sur la surface intérieure du crâne, la calotte étant enlevée. Le crâne est ainsi rendu étanche par l'application de cette dure-mère artificielle, et la mensuration se fait par le même procédé que ci-dessus.

Pour mesurer la capacité d'un crâne sans l'ouvrir, l'auteur applique de la cire sur les orifices, et remplit le crâne d'eau, ce qui lui donne la capacité.

L'auteur estime que les différences entre les chiffres exprimant le poids du cerveau et ceux qui expriment la capacité crânienne (le poids spécifique du cerveau étant pour plus de facilité supposé égal à 1), constituent une donnée très instructive, et se propose de traiter cette question dans un nouvel article.

XII. — *Comment se comportent les bromures dans l'organisme des épileptiques? Echanges organiques dans la cure de Flechsig*; par le Dr Landenheimer (numéro de juin). — Une grande partie des bromures absorbés s'accumule dans l'organisme. Tel malade qui a absorbé 80 grammes n'en a éliminé que 39; tel autre qui en a pris 27, n'en a éliminé que 8, etc. Mais cette accumulation n'est pas progressive, il arrive un moment où l'équilibre s'établit, et alors la quantité éliminée dans les vingt-quatre heures égale la quantité prise. Si à ce moment on n'administre plus de nouveau sel, l'élimination se fait aux dépens de la réserve faite dans l'organisme. On comprend par là, d'une part, pourquoi les bromures n'agissent qu'au bout d'un certain temps de traitement, et d'autre part, pourquoi les crises peuvent revenir par suite de l'interruption du traitement, même pendant un jour seulement.

La quantité nécessaire pour arriver à cette espèce de saturation n'est pas seulement une question de dose; il y a un facteur individuel qui pourrait bien dépendre de la richesse du sang en chlorures. En effet, les bromures prennent dans l'or-



ganisme la place des chlorures. Un épileptique ayant en sept jours pris 70 grammes de bromure, élimina 26 grammes de chlorures de plus qu'il n'en avait absorbé.

Cette chasse faite par les sels de brome aux chlorures pourrait peut-être expliquer certains accidents du bromisme; peut-être aussi ces accidents pourraient-ils être combattus par l'administration simultanée de chlorures.

L'auteur a observé aussi un épileptique dont les crises étaient annoncées par un ralentissement de la fonction du rein, une diminution de la quantité d'urine. Il explique cette hypo-activité rénale par les contractions toniques des muscles de l'appareil vasculaire de l'organe. Or, sous l'influence de doses croissantes d'opium, le rein fonctionna normalement et ne fut plus influencé par l'imminence des crises. L'auteur voit là le résultat de l'action paralysante de l'opium sur les muscles des vaisseaux du rein, action qui fait, par voie détournée, de l'opium un médicament diurétique. Ce fait est de nature à expliquer l'efficacité de la cure de Flechsig; mais c'est un cas particulier ne permettant pas de généraliser. L'auteur ajoute néanmoins que peut-être l'insuccès de beaucoup de traitements n'est dû qu'au défaut de différenciation des formes variées de l'épilepsie.

Dans tous les cas, les succès de la cure de Flechsig ne sauraient s'expliquer, comme on l'a supposé, par un ralentissement de l'élimination des bromures par les fèces, ralentissement qui serait causé par l'opium. L'auteur a constaté, en effet, que pris avec ou sans opium, les bromures s'éliminent par les fèces dans la proportion de 3 à 5 p. 100.

XIII. — *Maladies nerveuses organiques masquées par l'hystérie*; par le D<sup>r</sup> Determann (numéro de juillet). — Les lésions organiques du système nerveux se combinent parfois avec des troubles fonctionnels, au point de rendre difficile le diagnostic différentiel, et d'exposer le clinicien ou à considérer comme imputables à une lésion organique des symptômes relevant de l'hystérie, ou à imputer à l'hystérie tout l'ensemble des manifestations morbides, et de méconnaître la maladie organique. Il arrive souvent que la lumière ne se fait que par la disparition des symptômes qui avaient causé la confusion.

L'auteur rapporte une observation à l'appui de cette thèse. Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans qui, à la suite d'une chute de wagon, s'enfonça une aiguille dans le bras droit. Il dû être anesthésié par le chloroforme pour l'extraction de ce

corps étranger, et une bande d'Esmark fut appliquée à la partie supérieure du bras. Dans la nuit qui suivit l'extraction, il se produisit de la paralysie du bras droit et de la main, avec anesthésie en forme de gant.

Sans cette anesthésie, il y aurait eu lieu de diagnostiquer une paralysie par compression des troncs nerveux par la bande d'Esmark; mais les troubles de la sensibilité affectant la forme propre à l'hystérie, on pouvait se demander si les troubles moteurs ne devaient pas être considérés comme une monoplégie hystérique. Les réactions électriques d'une part (amoindries au-dessus du point de compression par l'appareil d'Esmark et abolies à ce point, tandis qu'elles étaient conservées dans le reste du nerf), la disparition des troubles de la sensibilité à la suite de la faradisation d'autre part, ont permis de démasquer le véritable caractère d'origine organique de la paralysie motrice.

Il y avait donc eu simultanément deux affections différentes, l'une organique (paralysie du bras droit), l'autre fonctionnelle (anesthésie hystérique). Ces combinaisons seraient, d'après l'auteur, très fréquentes, et d'après Charcot on pourrait admettre que l'affection organique joue le rôle d'agent provocateur pour les manifestations hystériques. A remarquer encore l'importance de l'examen par l'électricité, qui permet de fixer le diagnostic, et d'écarter la simulation, ce qui n'est pas sans importance au point de vue médico-légal.

XIV. — *Interprétation des troubles de la sensibilité dans la maladie de Bernhardt*, par le Dr Adler (numéro d'août). — En 1897, Köster a publié des cas de maladie de Bernhardt (troubles de la sensibilité dans le domaine du nerf fémoro-cutané externe), imputables à la station debout prolongée pendant les visites de musées ou d'expositions. L'auteur rapporte un cas ayant une origine analogue. Il s'agit d'un employé des postes, qui, depuis vingt-quatre ans, passe deux fois par jour un certain nombre d'heures debout, dans un train en marche, pour ranger les lettres dans des casiers selon leur destination. En janvier 1896, cet employé constata à la face supérieure et externe de la cuisse gauche des paresthésies, notamment de la diminution de la sensibilité sous toutes ses formes. Ces troubles existaient encore quinze mois plus tard. Sans compter le cas de Köster et celui que l'auteur rapporte, on remarque, dit celui-ci, que les observations concernent le plus souvent des gens appelés à rester longtemps debout,

tels que des serruriers, des maçons, des forgerons, des imprimeurs. Quoique chez ces ouvriers d'autres agents, tels que l'intoxication saturnine, les changements de température puissent être invoqués, l'auteur se demande si la station debout prolongée ne jouerait pas un rôle prépondérant dans la genèse de la maladie de Bernhardt; et il est tenté de voir la cause de cette influence dans la disposition anatomique du nerf fémoro-cutané externe. Ce nerf, en effet, passe sous le ligament de Poupert, dans une gaine tendineuse qui est en rapport avec le ligament iléo-tibial. Or, dans la station debout, le ligament iléo-tibial est tendu, et exerce par conséquent une compression sur la gaine qui renferme le nerf, et c'est cette compression qui serait cause des troubles de la sensibilité. Si ceux-ci, comme on l'a observé, s'accroissent parfois durant la marche, cela tiendrait à l'irritation du nerf, que la contraction des muscles de la cuisse augmenterait encore.

XV. — *Des signes (extérieurs) de dégénérescence dans la paralysie générale et de quelques autres points touchant cette maladie;* par le Dr Nücke (numéro de septembre). — Les observations de l'auteur ont porté sur 100 aliénés paralytiques et sur un personnel de surveillance comprenant 80 individus. Les constatations faites seront publiées en détail; pour le moment, l'auteur ne fait que les résumer comme suit :

Sur 100 paralytiques, 45 seulement appartenaient aux classes instruites. La paralysie générale a donc une tendance à augmenter dans les classes sans culture intellectuelle, ce qui s'explique par le courant qui attire ces classes vers les grands centres où la vie est plus difficile et la syphilis plus commune.

L'âge des malades est en moyenne de trente-six à quarante ans; le plus jeune avait vingt-cinq ans, le plus âgé cinquante-six ans.

L'hérédité morbide dans le sens le plus étroit, a été constatée dans 37 cas sur 100, mais peut vraisemblablement être estimée à 45 ou 50 p. 100.

La syphilis existait dans 43 cas pour 100. Proportion probablement inférieure à la vérité, en raison de la difficulté du diagnostic. Le temps écoulé entre l'infection syphilitique et l'éclosion de la paralysie générale était généralement de dix ans et même davantage. Les syphilitiques étaient en outre pour la plupart tarés héréditairement.

L'alcoolisme seul n'a été constaté que quatre fois comme

cause de paralysie générale; il existait au contraire fréquemment associé à d'autres causes. Il en est de même des émotions, qui n'ont existé à l'état isolé que six fois. *La syphilis n'a jamais existé en tant que facteur isolé*; elle était toujours accompagnée d'une ou de plusieurs autres causes occasionnelles.

L'auteur a divisé ses paralytiques en agités et en calmes; 69,5 p. 100 rentraient dans cette dernière catégorie.

Les attaques sont plus rares et moins fortes qu'autrefois, la durée de la maladie paraît s'allonger, elle est en moyenne de trois ans et plus.

Au point de vue anthropologique, l'examen des surveillants est intéressant. Sur 80, 17,5 p. 100 avaient une tare héréditaire; pas un seul n'était exempt de stigmates de dégénérescence, plusieurs d'entre eux présentaient des stigmates multiples. Il ne faudrait donc pas exagérer la valeur des signes de dégénérescence. Leur recherche chez les paralytiques a établi : 1° que chez les aliénés les stigmates sont plus nombreux que chez les personnes saines; 2° qu'on observe chez les paralytiques des degrés plus avancés ou plus graves de signes de dégénérescence; 3° que la répartition des stigmates sur les corps est plus étendue. En outre, le nombre et la gravité des stigmates augmentaient en raison de la tare héréditaire, et leur nombre était plus élevé dans les classes privées de culture intellectuelle.

L'auteur parle des signes de dégénérescence dans le sens usuel, tout en reconnaissant que ce terme manque encore de précision, et en manquera tant que les variations des différents organes selon les milieux et les races ne seront pas définies. Quoi qu'il en soit, ces signes vont en augmentant en nombre et en gravité depuis l'homme sain jusqu'à l'aliéné, à l'idiot, à l'épileptique et au criminel. Il y a donc entre eux et la constitution cérébrale une relation certaine, dont il ne faut pas exagérer l'importance, mais qui dans les cas douteux peut aider au diagnostic.

Les recherches de l'auteur montrent que la moitié des paralytiques sont, par hérédité, cérébralement invalides. Mais les infirmités cérébrales acquises jouent d'après l'auteur un rôle très important quoique encore peu connu.

C'est ainsi qu'on observe chez les paralytiques, une plus grande proportion d'enfants naturels, d'individus nés de parents très jeunes ou très âgés, d'enfants ayant souffert par

suite d'une délivrance laborieuse. Toutes ces conditions auraient une influence fâcheuse sur le développement ultérieur du cerveau, et il y en a bien d'autres qui pendant la vie intra ou extra-utérine sont préjudiciables dans le même sens.

Il y a encore bien à chercher de ce côté ; mais, dès maintenant, on peut dire que le cerveau de la grande majorité des paralytiques peut être considéré comme frappé d'invalidité congénitale ou acquise. Le paralytique est pour ainsi dire un « paralytico-nato », dont le cerveau infirme est plus tard encore affaibli par l'infection syphilitique, de sorte que telle ou telle cause occasionnelle, seule ou jointe à d'autres, amène un beau jour l'éclosion de la maladie. Les émotions (*Gemüthsregung*) semblent être la plus importante de ces causes occasionnelles.

Il va de soi, ajoute l'auteur, que l'invalidité cérébrale peut être amenée tardivement par l'alcoolisme, par la syphilis ; mais que du reste celle-ci peut aussi faire complètement défaut.

L'auteur a aussi étudié les signes intérieurs de dégénérescence chez les paralytiques, les anomalies des circonvolutions, et il estime que les recherches faites dans ce sens ne feront que corroborer la thèse de l'invalidité cérébrale dans la paralysie générale, et nous montreront cette affection sous un tout autre jour que jusqu'à présent.

Au sujet de la syphilis et de ses rapports avec la paralysie générale, il fait remarquer combien est minime le nombre des paralytiques à côté de celui des syphilitiques. La syphilis ne saurait donc être la cause unique de la paralysie générale ; elle ne fait que préparer le terrain là où le cerveau était déjà invalide ; elle n'est que rarement la cause directe, attendu que d'autres causes occasionnelles, qui deviennent les causes déterminantes, sont nécessaires pour produire l'éclosion de la paralysie générale.

Il peut y avoir des cas certainement rares où l'invalidité cérébrale a tellement bien préparé le terrain, que l'apparition de la syphilis suffit à faire verser dans la paralysie générale ; il se pourrait même présenter le cas d'un cerveau sain sur lequel la syphilis agirait comme cause prédisposante et déterminante de paralysie générale ; mais ce sont là des exceptions.

XVI. — *Poids du cerveau et capacité crânienne* ; par le Dr Zanke (n° d'octobre). — Dans cet article, l'auteur envisage les conséquences pratiques du système de mensuration de la

capacité crânienne, exposé par lui dans le numéro de juin. Convaincu que la comparaison des chiffres exprimant en grammes le poids du cerveau et en centimètres cubes la capacité crânienne fournirait des données intéressantes, il a, dans un tableau synoptique, donné le résultat de ses pesées et mensurations chez 74 aliénés, dont 15 paralytiques et 9 épileptiques.

Trois fois seulement le chiffre exprimant le poids du cerveau en grammes a été supérieur de 10, 20 ou 30 unités à celui de la capacité crânienne, exprimé en centimètres cubes. La différence était représentée dans ces cas par la valeur négative 10, 20, 30, ce qui, *a priori*, paraît paradoxal, attendu que le poids spécifique du cerveau ayant été supposé égal à 1, un cerveau ayant un poids supérieur (en grammes) au nombre de centimètres cubes de la capacité du crâne devrait faire éclater la boîte crânienne ou fuser par ses orifices naturels. Mais l'auteur fait remarquer que le poids spécifique réel du cerveau n'est pas égal à 1, mais est de 1.030 à peu près. Il en résulte qu'un cerveau de poids moyen aurait dans un crâne ayant un nombre de centimètres cubes égal au nombre de grammes du cerveau une marge de 40 à 50 centimètres cubes. Il n'en est pas moins vrai qu'il s'agirait là de cerveaux comprimés dans la boîte crânienne au point de gêner l'afflux du sang. Les trois cas mentionnés concerneraient des épileptiques, et l'auteur se demande si l'état de compression du cerveau, avec les troubles circulatoires consécutifs, n'aurait pas été la cause indirecte de la mort.

Pour les 71 autres cas, la différence était positive (le chiffre de la capacité crânienne était supérieur à celui du poids cérébral) et variait de + 10 à + 580. Or, comme il ne s'agissait pas de cas d'anomalies morphologiques du crâne, l'auteur s'est demandé si, chez les aliénés paralytiques, cette différence pouvait être considérée comme donnant la mesure de l'atrophie cérébrale. Il a dû rejeter cette hypothèse; car d'une part, chez deux paralytiques dont la maladie avait évolué dans le même laps de temps, le tableau accusait, pour l'un, une différence de + 10, pour l'autre, de + 580; d'autre part, le tableau accusait des écarts aussi marqués pour des aliénés non paralytiques. Ces écarts ont varié, en effet, de - 30 à + 370 pour les épileptiques et de + 20 à + 450 pour les autres formes d'aliénation mentale.

L'auteur n'a fait des recherches que sur les cerveaux d'aliénés; il estime que les anatomistes pourraient rechercher si, en

dehors de la pathologie cérébrale, les mêmes faits se produisent.

Ne pouvant attribuer à l'atrophie cérébrale les différences constatées entre la capacité crânienne et le poids cérébral, et ne pouvant invoquer des anomalies morphologiques, l'auteur explique les faits par un état spongieux du cerveau. Pour démontrer la réalité de cet état de l'encéphale, il a entrepris des expériences sur des cerveaux d'animaux. Le cerveau de lapin, immergé dans l'eau pendant vingt-quatre heures, gagnait de 68 à 158 p. 100 en poids. Ainsi imbibé d'eau, ce cerveau n'abandonne pas le liquide quand on le comprime, comme le ferait une éponge : il semble donc que l'eau soit retenue par une affinité chimique. L'imbibition du cerveau n'est pas influencée par la température ; mais elle est beaucoup diminuée par l'addition d'une certaine quantité de chlorure de sodium au liquide. Quoi qu'il en soit, malgré la présence de chlorure de sodium dans le liquide péricéphalique, on peut admettre que le cerveau humain, sans s'imprégner au même degré que celui du lapin, peut assimiler, en quelque sorte, 10 p. 100 d'eau, ce qui, pour un cerveau de 1.200 grammes, ferait une augmentation de poids de 120 grammes.

L'auteur admet, par analogie, que le cerveau peut également abandonner de l'eau de ses tissus ; il serait impossible sans cela d'expliquer les différences de 580 unités accusées par le tableau comparatif du poids du cerveau et de la capacité crânienne. On pourrait conclure de tout cela que, durant la vie, la masse cérébrale peut varier de poids dans des limites assez étendues, et que le poids constaté après la mort n'a que la valeur d'une constatation de nécropsie.

Le volume du cerveau ne pouvant être supérieur à la capacité crânienne, il est possible de supputer quelle peut être la valeur maxima, tandis qu'on ne saurait calculer la valeur minima.

Quant aux écarts constatés dans le tableau de l'auteur entre les chiffres exprimant d'une part le nombre de grammes du cerveau, et d'autre part le nombre de centimètres cubes de la boîte crânienne, ils sont, d'après lui, en rapport avec la nature spongieuse de l'encéphale ; mais il serait prématuré d'établir dès maintenant sur ces bases des hypothèses et de créer des groupes de maladies. Il faut d'abord réunir les matériaux, et les étudier consciencieusement.

L'auteur veut cependant retenir dès maintenant ce fait, qu'il

meurt des paralytiques dont le cerveau, sans le matelessage que fournit le liquide céphalorachidien, balloterait dans le crâne ; et d'autres, au contraire, dont le cerveau remplit le crâne complètement, comme si la cavité avait été bourrée en quelque sorte de substance cérébrale.

Que devient en présence de cette constatation la théorie de l'atrophie cérébrale ? Quant à la question histologique, l'auteur ne la tranche pas, il se contente de la poser en ces termes : Les lésions sont-elles identiques dans les paralysies générales à marche rapide et dans celles qui évoluent lentement ?

XVII. — *De la glande thyroïde et du traitement de la maladie de Basedow* ; par Félix de Traczewski (numéro d'octobre). — L'auteur appuie une théorie de la fonction du corps thyroïde et du traitement de la maladie de Basedow sur les constatations suivantes :

« L'administration du phosphate de soude amène la cachexie chez les animaux qui ont subi une thyroïdectomie partielle.

« Des doses massives de phosphates amènent la cachexie même chez les sujets non thyroïdectomisés. Chez les animaux partiellement thyroïdectomisés, on observe des symptômes de cachexie pendant la gestation.

« Dans la maladie de Basedow, il se produit une amélioration notable pendant la grossesse. La glande thyroïde augmente de volume pendant la grossesse, ce qui dénote un besoin plus grand de liquide thyroïdien. »

De ces faits, on peut en effet conclure que le phosphate de soude neutralise le liquide sécrété par la glande thyroïde, et qu'il doit avoir une action curative dans la maladie de Basedow ; il agirait dans le même sens que la ligature des artères, sans présenter les mêmes inconvénients. L'action favorable de ce médicament a été constatée cliniquement à l'Université de Bern, et aussi par Mœbius.

Quant à la nature de la maladie de Basedow, elle relèverait de l'hystérie d'après Charcot qui a, sans conteste, eu le plus souvent l'occasion d'étudier cette maladie. Les cas qui ne relèvent pas de l'hystérie seraient dus à l'infection nerveuse. La maladie serait donc purement fonctionnelle, d'où l'absence de lésions anatomiques. Dans la plupart des autopsies on n'a constaté que des altérations légères du plancher du quatrième ventricule. C'est de cette région qu'émanent les nerfs de la glande thyroïdienne, et, se rattachant à la théorie de Charcot, il faut admettre une lésion *fonctionnelle* de cette région, lésion



qui cause une augmentation de la sécrétion de la glande. Or, cet excès de liquide sécrété réagissant à son tour sur le système nerveux central, il en résulte un cercle vicieux. La rupture du cercle est la condition nécessaire de l'amélioration ou de la guérison.

Or, cette condition est réalisée physiologiquement par la grossesse (besoin plus grand de liquide sécrété), et thérapeutiquement par l'administration du phosphate de soude (neutralisation d'une partie du liquide thyroïdien).

XVIII. — *Nouvelles observations de phobie de la rougeur* ; par Bechterew (numéro de novembre). — L'auteur vient ajouter deux nouvelles observations à celles qu'il a déjà publiées. La première concerne un jeune homme de vingt-quatre ans, fils d'une mère très nerveuse. Il a eu, depuis l'âge de dix ou douze ans jusqu'à l'âge de vingt ans, des habitudes d'onanisme, et suppose que de là vient la crainte de rougir. En effet, dès qu'une personne le fixe, il s'imagine qu'elle lit son vice sur sa figure. La société lui devient pour cette raison très pénible. Dans la solitude ou dans l'obscurité il ne rougit pas, si ce n'est en pensant à l'embarras qu'il éprouve en société. Il lui arrive aussi d'échapper aux conséquences de sa phobie en sortant, de l'appartement pour rougir à son aise ; il peut ensuite rejoindre la société sans rougir de nouveau. Il accuse divers symptômes neurasthéniques. A été amélioré par le bromure associé à la codéine ; n'a pas voulu se soumettre au traitement par l'hypnotisme.

La deuxième observation porte sur un négociant américain ; elle paraît, comme la première, stéréotypée sur les observations antérieures. Ce malade rougit dès qu'il se trouve en présence de quelqu'un, au comptoir, au cabinet, à la salle à manger. Dîner en compagnie constitue pour lui un vrai supplice. Ses parents n'avaient pas cette infirmité, mais présentaient, après un repas arrosé d'un peu de vin, des tendances congestives. L'état est moins pénible par un temps clair, quand l'air est pur ; enfin, quand le malade doit aller dans une société, il arrive à combattre son mal en absorbant quelques verres de vin ou une certaine dose d'eau-de-vie ; mais dès le lendemain la phobie revient plus intense.

Si ces malades vivaient dans l'isolement, dit l'auteur, ils n'auraient aucun sujet de se plaindre de leur état ; il s'agit donc d'un état émotif et non d'un délire à caractère obsessionnel.

Quant à l'hérédité, elle n'a pas été observée sous forme d'hé-

réité semblable, on a constaté de la nervosité ou des tendances à la congestion chez les parents.

L'onanisme a été incriminé dans un cas comme cause de la maladie ; il y aurait, d'après l'auteur, des recherches à faire de ce côté.

L'action favorable, mais peu durable, de l'alcool, signalée dans la deuxième observation, avait déjà été constatée par l'auteur, de même que celle du froid, qui rappelle l'action de l'état atmosphérique signalée par un des malades.

XIX. — *Considérations sur l'étiologie et le traitement du tabes*; par le Dr Homen (numéro de novembre). — Les statistiques ayant établi l'influence de la syphilis sur le développement du tabes, l'auteur a cherché à fixer le rôle de la syphilis d'une part, et du traitement antisiphilitique d'autre part. Il cite 47 cas de tabes traités par lui. Huit fois l'existence de la syphilis n'a pu être établie, quoique dans 3 ou 4 de ces cas elle dût être considérée comme probable.

Sept fois il n'y avait eu que des chancres mous ; mais dans les 32 autres cas (68 p. 100) la syphilis a été constatée.

Sur ces 32 cas, 10 avaient été traités par des frictions mercurielles d'une manière passagère, c'est-à-dire seulement pendant qu'il y avait des symptômes d'infection. Dans 21 cas, le traitement avait été suivi à deux ou à plusieurs reprises ; mais deux fois il n'avait pu être institué que deux ans après la contamination. Dans un seul cas, le traitement avait été suivi régulièrement, d'une manière intermittente, pendant dix-huit mois. Sur les 47 cas, on ne compte qu'une femme ; elle avait été contaminée peu après son mariage et le tabes s'est déclaré vingt ans plus tard.

L'auteur estime que, dans certains cas de tabes, le traitement antisiphilitique peut rendre des services, de même que l'hydrothérapie ou l'électrothérapie ; mais les meilleurs résultats sont obtenus par la gymnastique passive, avec mouvements coordonnés, selon la méthode de Frenckel. •

XX. — *Un cas de perversion sexuelle*; par le Dr Rosenbach (numéro de décembre). — Il n'est plus contesté que la perversion sexuelle est une manifestation de la dégénérescence et de la tare héréditaire. L'observation que rapporte l'auteur est à ce sujet très concluante. Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans que la mère amena deux fois, à deux ans et demi d'intervalle, à la consultation de l'auteur. Il se plaignait d'excitation génitale existant depuis l'âge de dix ans, allant quelque-

fois jusqu'à l'éjaculation. Cette excitation fut dès le début produite par la contemplation de garçonnets en culotte ; à la deuxième consultation, l'auteur demanda au jeune homme un rapport écrit sur son état. Il résulte de ce factum que le malade s'attachait au collège spécialement à un camarade dont il rêvait la nuit, et que depuis deux ans il s'adonnait à la masturbation. Pour augmenter l'orgasme, il se procurait de l'urine d'un individu de son sexe, en mettait avec volupté dans sa bouche, s'en imprégnait les mains, ou bien encore des linges qu'il disposait sur ou autour du lit. Il prenait plaisir à asseoir des garçonnets sur ses genoux, mais sans aucune idée de pédérastie.

L'orgasme et l'éjaculation se produisaient également par le spectacle du déraillement d'un train. Aussi cherchait-il constamment à faire dérailler les wagonnets d'un petit chemin de fer d'une tuilerie voisine.

Depuis peu de temps, le malade pense aussi aux femmes. Il éprouve de la volupté à farfouiller dans l'urine de celles-ci ou dans leur linge sale ; quant à l'idée du corps féminin ou celle d'une gorge de femme, elle ne lui cause que de la répugnance.

Il semble aussi que la vue du sang ou des dernières convulsions d'un animal expirant causent de l'excitation sexuelle, car le malade fréquentait assidûment l'abattoir.

Outre ces perversions sexuelles, l'enfant présentait un certain degré de débilité mentale et ne pouvait suivre les cours du collège, manifestait des craintes de mort subite, entraînait dans des états de fureur à propos de la moindre contrariété.

Pas de signes physiques de dégénérescence.

Le malade est issu d'un mariage consanguin, son père est l'oncle de sa mère. Les deux conjoints ont chacun une sœur idiote. Le père a eu, à l'âge de seize ans, un accès de mélancolie et est mort à quarante-trois ans d'une affection cardiaque. La mère croit avoir eu quelques troubles psychiques avant son mariage, et déclare que dans les premiers temps le coït l'impressionnait très péniblement. (Le malade est né dix mois après le mariage.)

La perversion sexuelle, qui se trouve ici compliquée de débilité mentale, d'obtusion du sens moral et d'accidents neurasthéniques, semble relever, au point de vue étiologique, de la consanguinité, de la tare héréditaire et peut-être aussi des conditions défavorables de la conception.

L'auteur insiste en terminant sur la nature compliquée de la

perversion sexuelle. Le malade présente le symptôme de l'homosexualité (inversion); en outre, les phénomènes provoqués par l'urine (de l'homme et à l'occasion aussi de la femme) rappellent les faits décrits par Krafft-Ebing sous le nom de « masochisme larvé ». Quant à l'influence de la vue des wagonnets sortant des rails, elle paraît devoir rentrer dans les faits de « fétichisme » de Binet, avec cette différence qu'il ne s'agit plus de telle partie du corps ou du costume, mais d'un accident particulier qui, par suite d'associations d'idées ou d'obsessions inexplicables, agit comme fétiche.

Dr A. ADAM.

---

---

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

*Contributo allo studio dell' automatismo psicologico per auto-suggestione* (Contribution à l'étude de l'automatisme psychologique par auto-suggestion); par le D<sup>r</sup> G. Antonini. Broch. in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1898.

L'auteur rapporte un cas de dédoublement de la personnalité qui lui paraît donner l'explication des phénomènes hypnotiques et somnambuliques et de l'état mental du médium (écriture automatique, automatisme psychologique, dédoublement de la personnalité), sans qu'il soit besoin d'invoquer la simulation ou de recourir à des hypothèses contraires aux lois naturelles.

Il s'agit d'une jeune fille née en 1871. Père alcoolique, frère aîné atteint de débilité organique et mentale. Enfance normale, intelligente, assez cultivée. Dans l'hiver de 1890, elle éprouve une peur, croyant voir un homme qui se cachait pour aller retrouver sa belle-mère, lui parla et lui fit des menaces en l'engageant au silence. Le jour suivant, elle a une attaque d'hystérie et raconte le fait qu'on lui attribue aussitôt. Pour sauvegarder son honneur, elle divulgue son secret au père, sans le convaincre.

A partir de ce moment, elle a des attaques fréquentes, accuse sa belle-mère, dont elle aime beaucoup les enfants, de la frapper, de l'insulter, de vouloir l'empoisonner. Une lettre, soi-disant écrite par la mère, est reçue par son patron, qui prenait son parti, l'engageant à chasser la jeune fille et lui confiant qu'elle a l'intention de la faire mourir. En novembre, elle éprouve une sensation de boule remontant à la gorge et a des hémoptysies dont elle guérit par suggestion médicamenteuse. En février, elle croit revoir l'homme qui la menace de nouveau pour avoir parlé; une semaine après, au milieu de la nuit, elle se trouve enlevée du lit par lui, frappée et transportée à la porte de son ancien patron.

Les attaques disparues depuis novembre reparaissent. La mère est emprisonnée quelque temps sur sa dénonciation; tout

en lui témoignant de l'amitié, elle se montre heureuse de se trouver chargée des soins du ménage.

A la sortie de sa belle-mère, et sur les craintes qu'elle manifeste, la jeune fille est placée chez une femme où les attaques continuent à apparaître presque quotidiennement.

Un jour, sa belle-mère lui ayant demandé de quelle façon elle s'enfermait le soir, la nuit suivante elle se sent attaquée, voit l'homme sauter par la fenêtre, et la police retrouve un cousin dans la rue sans traces de pas. Apparition de vomissements incoercibles. La malade entre à l'hôpital de Bergame, puis à l'asile, fin mai. Dénutrition, vomissements, marche très difficile avec point hyperesthésique au pied gauche, au niveau d'une ancienne cicatrice, point hystérogène ainsi que la région des ovaires. Les attaques sont celles de la grande hystérie. Variabilité du caractère et de l'affection envers sa famille, est d'humeur ouverte, impressionnable, généralement égoïste, maniaque, avec période de dévotion. Préoccupations au sujet de son honneur. Absence du réflexe plantaire et peut-être du réflexe pharyngien, champ visuel normal pour le blanc, décroissant selon chaque œil pour les autres couleurs. Pendant une semaine, jusqu'à l'amélioration des fonctions digestives, dépression, irritabilité, phénomènes convulsifs. De la fin des vomissements au 19 mai, équilibre instable des processus intellectuels, de l'émotivité et de l'affectivité. Le 19 mai, apparition d'un délire hystérique en rapport avec les dramatiques états précédents. Par la suite, elle reste en cet état après les attaques ou on peut l'y plonger par l'hypnose. Alors elle semble avoir perdu la notion du lieu et des personnes, se croit chez elle, parlant à des amis, injurie sa belle-mère et marche sans bâton. En cet état, elle raconte un jour qu'elle a été menacée par un avocat qui, fuyant à ses cris, a perdu sa montre et sa chaîne qu'elle a cachées dans un mur; à l'état normal, elle ignore cette histoire. Elle est reprise, à la fin de 1892, de vomissements, d'attaques avec paralysie. Elle ne tombe plus que rarement dans l'état second où elle renouvelle la scène de l'attaque de l'homme et cherche à fuir. Dans cet état, elle écrit des lettres dont elle paraît très étonnée, revenue à son état normal. Elle paraît guérie dans l'été de 1892 et sort après six mois de conduite normale.

Il ne s'agit pas ici pour l'auteur de simulation consciente, comme cela arrive souvent chez les hystériques. Ici, le moi se dédouble, la simulation est remplacée par un processus automatique subconscient produit par auto-suggestion: . . .

Une hallucination ou un fait vrai ont servi de point de départ, ont fait travailler l'esprit de l'enfant, d'où toutes les idées délirantes qui s'y ajoutent. Les détails du rapt et des persécutions sont enfantins et invraisemblables, autant que les lettres attribuées à la mère. La jeune fille a lu dans un livre qui lui appartient l'histoire de l'enlèvement de Dinah, fille de Jacob, et des représailles exercées par ses frères. Cette histoire qui l'a beaucoup frappée est le point de départ de son enlèvement; elle a reproché plus tard à ses frères de n'avoir pas pu la venger. Dans la série des événements qui lui sont arrivés, elle s'est trouvée en état second; sa conscience absente, les faits dans leur succession ne lui paraissent pas avoir été accomplis par elle; mais cet état inconscient n'empêche pas l'accomplissement d'actes automatiques. Simulatrice, Térésa n'aurait pas été sans inquiétude sur la découverte de la vérité; elle n'aurait pas écrit une lettre anonyme au brigadier de gendarmerie, lettre soi-disant écrite par le complice qui rejette la culpabilité sur la mère.

L'auteur conclut que la malade est affectée de grande hystérie avec périodes de somnambulisme spontané, durant lesquelles, par auto-suggestion, son individualité se transforme avec déroulement simultané de deux personnalités plutôt que leur alternance. Il rapproche de ces faits les phénomènes spirites. On ne peut nier que les tables parlantes, les écrits médianiques, soient des faits produits en dehors de la volonté de sujets de bonne foi. Ils accomplissent ces actes sans le savoir, et l'ignorance d'avoir accompli ces actes, habituellement conscients, les leur fait attribuer aux esprits. Du reste, les réponses de ces esprits sont souvent vagues et invraisemblables et gardent l'empreinte de l'intellectualité propre du médium. Les médiums sont, d'ailleurs, souvent nerveux, hystériques, somnambules, très suggestionnables. C'est là l'interprétation que donne P. Janet des phénomènes spirites : il s'agit d'une désagrégation psychologique, d'un dédoublement, d'une surapposition à la personnalité. En dehors de la conscience se produisent chez le médium des groupes d'images mentales, susceptibles de s'associer en une ou plusieurs personnalités distinctes, agissant indépendamment les uns des autres.

Dr G. GOMBAULT.

*Isterismo maschile. Stati di duplice coscienza* (Hystérie masculine. Etat de double conscience); par le D<sup>r</sup> Raphaël Baroncini, d'Imola. Broch, in-8°. Extrait du *Manicomio moderno*, 1898.

L'auteur rapporte un cas d'hystérie masculine avec double état conscient. Le malade, artiste lyrique, est né en 1860. Père simple d'esprit, mère débauchée, sœur hystérique. Fut élevé dans le milieu théâtral, propice au développement de la névrose. A douze ans, au sortir de la première enfance, commence à présenter des troubles du caractère, devient irritable, capricieux, facile à émouvoir et à décourager; première apparition de troubles cérébraux avec état d'inconscience pendant quelques heures. Vers vingt ans, à la suite d'insuccès dans sa profession, devient mélancolique, court d'une ville à l'autre et se livre à des actes insensés. Jusqu'en 1887, ne perd pas complètement la conscience de lui-même dans ce second état où apparaissent les accès de folie extravagante; plus tard, il arrivera à ne pas en conserver le moindre souvenir. Habituellement, le sujet passe insensiblement de l'état normal à l'état d'inconscience, avec état intermédiaire subconscient, et peut arriver à l'état d'inconscience absolue.

Alors, il est entièrement changé, devient bavard, voleur, menteur, dénigre tout, en gardant, comme l'a remarqué Gilles de la Tourette, une empreinte suffisante de la vie ordinaire pour que son apparence extérieure ne paraisse pas changée. Il n'est interné, en fait, que quand la deuxième personnalité devient délirante. Interné une première fois, se réveille après vingt jours comme au sortir d'un songe. En 1888, continue à éprouver par périodes des impulsions à s'enivrer, à commettre des actes extravagants, impulsions précédées d'une période mélancolique avec dépression intellectuelle, suspicion, insomnie, inappétence. En 1894, nouvel internement. En 1895 et 1896, il commet plusieurs fois de même des actes étranges dont il ne se souvient plus. En 1897, état plus grave, excitation, puis dépression et hébétude. Interné, il se rappelle alors, dans ce nouvel état, certains actes qu'il a accomplis autrefois dans un état semblable, et dont il n'avait pas eu conscience à son retour à l'état naturel.

A sa sortie, il retombe dans son état d'inconscience avec vols, actes étranges et manie ambulatoire. Nouvel internement en août 1897. Hallucinations, craintes, confusion mentale, puis



la connaissance revient et il ne se souvient de rien. Sortie en 1898, rechute à la suite de chagrins; il recommence sa vie irrégulière et inconsciente, est de nouveau interné, sort en mars 1898 et paraît avoir eu une conduite normale depuis.

Au point de vue physique, pas d'anomalie de la face; pavillon de l'oreille droite plus vaste que l'autre, anesthésie complète, tactile, douloureuse, thermique et électrique de la moitié gauche du corps; insensibilité moins marquée à la fesse; à droite, hyperesthésie en quelques points du crâne et de la face. Insensibilité de toutes les muqueuses à gauche, champ visuel rétréci à gauche, également pour toutes les couleurs, acuité visuelle diminuée et fatigue rapide. Obscurcissement de l'ouïe, de l'olfaction et du goût à gauche. Sensation de froid à gauche, oppression, crampes à la jambe droite, douleurs à l'œil droit et à la cuisse droite, réflexes exagérés, ainsi que ceux des vaso-moteurs.

Au point de vue moral, intelligence habituellement normale, mais grande émotivité.

L'auteur rappelle que l'hystérie masculine a été particulièrement étudiée par l'école de Charcot. Il retrouve, dans son cas, le rétrécissement du champ visuel que Diana et Blocq appellent le plus important et le plus fréquent des stigmates hystériques. Il y manque la névralgie faciale relevée par Gilles de la Tourette, l'arthralgie notée par Brodie. Chez l'homme, l'hystérie est plutôt psychique (troubles du caractère) que motrice (convulsions). Tamburini (Congrès de Paris, 1887) en fait une forme de somnambulisme spontané à exacerbations périodiques. C'est l'état second, pendant lequel il y a souvenir des faits passés dans le même état, faits oubliés dans l'état normal. A un certain degré de fréquence, c'est le dédoublement de la personnalité, comme chez le malade dont il s'agit ici.

L'auteur rapproche de son cas des observations de Camuset, Bianchi, Boéteau, Caraman, Pianetta, concernant des sujets tombés en état second, et oubliant alors leur vie passée.

L'auteur termine en discutant, au point de vue médico-légal, la responsabilité du sujet. Il reconnaît que l'hystérique simple n'est pas fou, donc responsable. Comme c'est le fait pour le cas présent, il conclut avec Bianchi à l'irresponsabilité dans le délire hystérique et le dédoublement de la personnalité.

D<sup>r</sup> G. GOMBAULT.

*Di un caso di acromegalia. Osservazione* (Observation d'un cas d'acromégalie); par le D<sup>r</sup> G. Antonini, de Bergame. Extrait de la *Gazetta medica di Torino*, 1899.

L'auteur rappelle que Pierre Marie a décrit le premier, en 1885, l'acromégalie, et l'a différenciée de l'ostéite déformante de Paget et de l'ostéo-arthropathie hypertrophique pneumonique; il en fait une maladie par altération de la glande pituitaire (hypophyse), ce qui a été confirmé par l'anatomie pathologique et les expériences de laboratoire.

Le mécanisme de l'action de l'hypophyse est discuté. Pierre Marie et Marinesco croient que l'acromégalie est due à l'affaiblissement d'une action d'épuration de la glande, comme le myxoedème à l'altération du corps thyroïde. Tamburini (Congrès de Rome, 1884, et IX<sup>e</sup> Congrès de médecine mentale de Florence, 1896) admet deux phases : l'une d'hypertrophie fonctionnelle avec accumulation de toxines dans la circulation, d'où résulte l'accroissement des os, l'autre de dégénérescence, d'où la cachexie et la mort. Massalongho considère l'hypophyse des acromégaliques comme douée de la même activité que dans la vie intra-utérine, ce que prouverait le fait que l'acromégalie survient seulement après le complet développement du corps. Collina (*Rivista sperimentale di freniatria*, Reggio, 1898) réfute le concept de l'hyperfonctionnement et de la perversion de l'activité glandulaire; il se rallie à l'hypothèse de Marie, au défaut d'activité fonctionnelle, ce que prouveraient les succès thérapeutiques obtenus par Mendel et Marinesco chez les acromégaliques avec l'extrait de glande pituitaire.

L'auteur expose ensuite le cas qu'il a observé :

Paysanne de vingt-neuf ans. Mère morte d'une affection de poitrine, six frères, cinq morts en bas âge. Enfance normale, santé satisfaisante. A vingt ans, suppression des règles non reparées depuis. Céphalée, accroissement des mains.

En 1891, convulsions avec perte de connaissance pendant trois jours consécutifs et troubles mentaux pendant quinze jours, mélancolie, irritabilité. Etat actuel : accroissement énorme des extrémités survenu progressivement, fourmillements aux pieds et aux mains pendant la marche, douleurs nocturnes dans les doigts, incurvation de la colonne vertébrale, épaississement régulier des pieds et des mains, de la mâchoire inférieure (le menton atteint de profil la moitié de la longueur

de la face, l'arc maxillaire inférieur augmente sur le supérieur), du manubrium, des pommettes et des arcades orbitaires; langue énorme amenant de la difficulté de la prononciation, nez gros, peau décolorée et œdémateuse; physionomie triste, vertiges, céphalée, anémie, vision imparfaite, réaction pupillaire de l'œil gauche à la lumière très lente, diminution du champ visuel gauche, difficulté de mouvoir les pieds et les mains, sensibilité générale normale, hyperesthésie sous la mamelle gauche, faiblesse générale, somnolence et périodes d'insomnie par suite de douleurs osseuses nocturnes. Incapacité de travailler, dépression intellectuelle, aboulie. La pellagre concomitante et la misère précipitent rapidement la malade vers la cachexie et la démence.

L'auteur relève particulièrement dans son observation la brusque disparition des menstrues, coïncidant avec le développement exagéré des extrémités dans la jeunesse, les accès convulsifs et états comateux apparus plusieurs années ensuite, pendant que l'accroissement pathologique des os progresse visiblement, le rétrécissement du champ visuel par compression du nerf optique, les troubles psychiques dépressifs et le dépérissement général, enfin la division de la maladie en deux périodes : la première purement acromégalique; la deuxième apparue en 1896, caractérisée par des convulsions symptomatiques du développement de la tumeur, la dénutrition et l'affaiblissement intellectuel, phase conforme à l'hypothèse de l'abolition de la fonction pituitaire plutôt qu'à celle de son hypertrophie fonctionnelle.

D<sup>r</sup> G. GOMBAULT.

---

*Il tremore essenziale ereditario. Tromofilia* (Le tremblement héréditaire essentiel. Tromophilie); par le professeur G.-B. Ughetti (de Catane). Broch. in-8°. Conférences cliniques italiennes. Série I. Vol. I. Conf. 8.

Il n'y a encore aucune définition satisfaisante du tremblement en général, aucune explication du but du phénomène, et la pathogénie en est encore à l'heure actuelle très obscure. Aussi les classifications des divers tremblements sont-elles forcément insuffisantes, notamment les classifications classiques de Charcot et d'Axenfeld. Celles de Pieraccini et de Massalongho, plus

récentes, mais moins connues, sont en progrès parce qu'elles résument nos connaissances actuelles sur la pathogénie et l'étiologie des tremblements; on peut les accepter, mais sous réserve. Il est facile du reste de les simplifier en ne faisant pas de distinctions entre le tremblement physiologique et le tremblement pathologique, parce que l'on passe de l'un à l'autre par des formes intermédiaires qu'on pourrait décrire en les rattachant aussi bien au premier qu'au second.

A la suite de ces considérations, l'auteur propose sa classification sans prétendre à la perfection. Voici cette classification :

Tremblement émotif (amour, colère, peur, etc.).

- par déséquilibre thermique (froid extérieur, hyperthermie).
- par intoxication (alcool, café, tabac, etc.).
- essentiel héréditaire ou tromophilie.
- par faiblesse générale (sénilité (?), convalescence, etc.).
- par maladies organiques des centres nerveux et des nerfs.
- par névroses (hystérie, maladie de Basedow, etc.).

Il y a réuni le tremblement par le froid et celui de la fièvre, parce que, dit-il, il a démontré dans son *Traité de la Fièvre* que la pathogénie en était la même. Il a tenu compte des tremblements par faiblesse générale, mais en ne les regardant que comme l'exagération d'un *tremblement essentiel préexistant*. Enfin, il a donné une place à part à ce dernier, parce que ce n'est que l'exagération du tremblement physiologique et qu'il n'a rien de commun avec celui des névroses.

C'est à la démonstration de ce fait que l'auteur consacre la deuxième partie de sa conférence. Il s'est servi d'un appareil spécial de son invention, aucun des procédés connus ne lui ayant donné satisfaction. Le *tromographe* d'Ughetti consiste essentiellement en une sorte de dynamomètre enregistrant sur un cadran par une aiguille l'effort fait par le doigt ou le membre en expérience et, par un levier sur un cylindre, le tremblement qui se produit dans ce doigt ou ce membre pour un effort donné.

De ses recherches, l'auteur déduit que le tremblement essentiel héréditaire, qu'il propose d'appeler *tromophilie*, n'est pas hystérique, mais la simple exagération d'un fait physiologique. De Renzi avait déjà dit : nous avons tous un peu de tremble-

ment. Suit l'histoire de plusieurs familles dont les cas s'ajoutent à ceux déjà connus dans la science, entre autres le cas de la famille L..., dont les descendants mâles seuls présentaient le tremblement héréditaire, ce qui paraît exclure l'influence de l'imitation dans la production du phénomène, les femmes de cette famille n'ayant jamais tremblé, bien que les femmes soient plus imitatrices que les hommes.

S'il est difficile de définir le tremblement en général, la difficulté n'existe pas pour le tremblement héréditaire. C'est un tremblement qui est susceptible de transmission héréditaire et qui est compatible avec la santé la plus parfaite et le fonctionnement du système nerveux. On n'a trouvé chez les sujets atteints qu'une sensibilité développée ou une timidité exagérée.

Le phénomène se rapproche de la tendance héréditaire à rougir; il en diffère en ce que celle-ci diminue avec l'âge, tandis que celui-ci se maintient jusqu'à la vieillesse et augmente alors à cette période de la vie.

Le tremblement sénile vrai ne serait que du tremblement essentiel héréditaire. Ce tremblement n'est pas un caractère de la vieillesse. Beaucoup d'auteurs, Charcot entre autres, ont déjà insisté sur ce point, et ce dernier a fait remarquer que Shakespeare, énumérant les tares d'un vieillard, ne parle pas du tremblement, ce qui prouve la puissance d'observation du grand tragique. On peut faire la même remarque pour le Dante. Au contraire, si les acteurs médiocres ont à représenter un vieillard, ils tremblent à qui mieux mieux, et l'auteur cite le cas d'un acteur connu qui, déjà vieux, mais ne tremblant pas, se croyait obligé de trembler s'il jouait le rôle d'un vieillard qui n'avait même pas son âge.

Le tremblement héréditaire, comme tous les tremblements, est d'origine centrale, et l'auteur accepte les idées de de Renzi à ce sujet: le cerveau humain ne produit pas un stimulus continu, mais intermittent.

Le tremblement héréditaire est incurable. Les moyens pharmaceutiques échouent tous. Seuls donnent quelques bons résultats les soins d'hygiène générale et les moyens psychiques, tels que l'encouragement donné aux timides, l'affirmation que le tremblement n'a aucune gravité et n'est nullement incompatible avec l'accomplissement des fonctions sociales même les plus élevées, et enfin l'exercice de la volonté et de l'énergie.

TH. TATY.

*Il nervosismo di questa fine di secolo. Conferenza letta li 15 gennaio 1899 nel Circolo filologico di Napoli* (Le nervosisme de cette fin de siècle. Conférence faite le 15 janvier 1899 au Cercle philologique de Naples) ; par le D<sup>r</sup> Leonardo Bianchi. Broch. in-8°, Naples, 1899.

L'auteur se livre, dans ce travail, à des aperçus sociologiques très intéressants.

Il fait d'abord l'historique de la névrose. Aussi vieille que l'homme, elle avait au début la forme mélancolique et semblait la vengeance d'un Dieu, seul frein aux passions humaines (Ex. : Saül, Ben Hadad, roi de Syrie, Bellérophon, Nabuchodonosor, Lycaon, roi d'Arcadie, etc.). Chez les Grecs et les Romains, elle se ressent du réalisme du temps (apparition de Pausania, Dione, Rhea, Anchise, Néron, Cassius, Brutus, etc.).

Au moyen âge, jusqu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, c'est le règne de Satan, instrument de Dieu pour punir ceux qui désobéissent à ses lois. Le mysticisme ascétique apparaît dans toutes les manifestations de la pensée et de l'art, détournant de la nature, paralysant la volonté par la peur ou l'attente de béatitudes extra-terrestres et exaltant la souffrance ; par réaction, apparaissent les démonomaniaques à travers les persécutions, pullulent les ordres religieux catholiques ou hérétiques (800.000 flagellants en France en 1349). La philosophie et la théologie s'accordent à assigner une grande influence aux anges et aux démons sur les événements terrestres et les phénomènes physiques (la Providence d'alors est devenue le déterminisme actuel). L'Eglise croit à l'existence de sectes qui ont fait un pacte avec le démon et entretient, par de cruelles persécutions, les épidémies de névrose démoniaque.

Au XIX<sup>e</sup> siècle, les épidémies de névrose sont devenues rares et trouvent leur prophylaxie dans les cloîtres, particulièrement nombreux à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle (80.000 moines ou prêtres pour 3.000.000 d'habitants en Toscane, d'après Baretta).

Le nervosisme augmente dans la deuxième moitié du siècle, par l'effort de travail plus grand et la diminution des couvents ; le mysticisme est remplacé par l'effort et l'émancipation de l'esprit. L'auteur célèbre alors, avec enthousiasme, le labeur du siècle et la somme des progrès acquis. Il note, en parallèle, l'augmentation des stimulants de toutes sortes, la transformation de l'état social et de l'état individuel, l'affranchissement de la femme et sa situation fautive actuelle, puis-

sante cause de névrose. Dans le labeur forcené du siècle, les débiles, aux ambitions plus grandes que la volonté, forment le grand contingent de la névrose (suicides : 50 par 1.000.000 d'habitants et par année, 18 entre 1851 et 1860). L'auteur s'étend alors sur les causes de névrose : les inégalités sociales, les besoins accrus, l'ambition des classes inférieures, les luttes politiques. L'indiscipline augmente par le triomphe de l'égoïsme, par le développement du moi et acquiert sa plus grande manifestation dans l'anarchie ou le vol, deux névroses de gens impuissants.

L'auteur termine par une étude sur l'anarchie. C'est « la monade humaine, préoccupée uniquement du développement intégral d'elle-même », une névrose parce qu'elle ne cherche qu'à détruire, offre la liberté sans condition, supprime l'harmonie de la nature et la discipline de la vie. L'auteur montre le vide de la théorie anarchique, ses contradictions et l'impossibilité pour elle d'exister pratiquement. De même que les sectes qui promettaient au moyen âge la félicité par l'abstinence et la mort furent une névrose guérie par l'étude de la nature, le délire anarchique sera guéri par la science des faits et des lois de la vie. Quand les heureux concéderont une plus large part de jouissance aux travailleurs, l'anarchie disparaîtra, mais la névrose se continuera éternellement.

D<sup>r</sup> G. GOMBAULT.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— L'assistenza dei pazzi nel manicomio e nella famiglia. Istruzioni elementari per infermieri ed infermiere (L'assistance des aliénés dans le manicomio et dans la famille. Instructions élémentaires pour infirmiers et infirmières); par le D<sup>r</sup> A. Pieraccini, du manicomio provincial de Macerata. Avec une préface du professeur E. Morselli. 1 vol. in-18 cart., Milan, Ulrico Hoepli, 1901.

— Rapports de la section de médecine légale du XIII<sup>e</sup> congrès international de médecine. Paris, 2-9 août 1900, 88 pages in-8°. Clermont. Imprimerie Daix frères, 1900.

— Esquisse sur l'activité de la Commission pour l'étude de l'alcoolisme (1898-1900); par le D<sup>r</sup> G. Dembo, secrétaire de la Commission, avec une préface du président de la Commis-

sion. Edition de la Société russe pour la protection de la santé publique, 103 pages in-8°, Saint-Petersbourg, 1900.

— Eloge du D<sup>r</sup> E. Billod, lu à la séance publique annuelle de la Société médico-psychologique du 30 avril 1900, par le D<sup>r</sup> Ant. Ritti, secrétaire général de la Société, 37 pages in-8°. Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, 1900.

— In causa di testamento. Sullo stato mentale del conte Cesare Mattei, inventore dell' elettromiopatia. Perizia psichiatra (Rapport médico-légal sur une question du testament. De l'état mental du comte Cesare Mattei, inventeur de l'homéopathie électrique); par le professeur Enrico Morselli, 136 pages in-8°. Genova, 1899.

— Die Gemuthsbewegungen und ihre Beherrschung (Les émotions et des moyens de les dominer); par le D<sup>r</sup> C.-M. Giesler, d'Erfurt. 68 pages in-8°. Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1900.

— Cours de psychologie expérimentale (sensations et perceptions); par Edmond T. Sandford, traduit de l'anglais, par Albert Schinz, 1 vol. in-8° de 477 pages cart. à l'anglaise. Paris, Schleicher frères, 1900.

— Beiträge zur Philosophie des Gefuhls. Gesammelte Kritisch-dogmatische Aufsätze uber zwei Grundprobleme (Contributions à la philosophie du sentiment. Dissertations critiques et dogmatiques sur deux problèmes fondamentaux); par F. Ritter von Feldegg, 122 pages in-8°. Leipzig, J.-A. Barth, 1900.

— Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1899; par le D<sup>r</sup> Bourneville, avec la collaboration de MM. Bellin, Boyer, Chapotin, Dardel, Katz, Noir (J.), Paul Boncour et Poulard. Tome XX. 1 vol. in-8° de 292 pages avec 76 fig. dans le texte et XIII planches. Paris, aux bureaux du *Progrès médical*, 1900.

— Phänomenologie des Wollens. Eine psychologische Analyse (Phénoménologie de la volonté. Analyse psychologique); par le D<sup>r</sup> Alexander Pfänder. 132 pages in-8°. Leipzig, J.-A. Barth, 1900.

— Sur la loi d'affinité du soi pour soi ou loi de l'association cellulaire; par Arthur Bonmariage et Raphaël Petrucci, de l'Institut d'hygiène de Bruxelles. 77 pages in-8°. Extrait du *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1900.

— Die Mimik des Menschen auf Grund voluntarischer Psychologie (La mimique de l'homme basée sur une psychologie de la volonté); par Henry Hughes. 1 vol. in-8° de 424 p., avec 119 figures. Francfort, Johann Alt, 1900.



— La loi de 1838 sur les aliénés et ses lacunes; par Emile Mahé. 12 pages in-8°. Extrait de l'*Assistance publique*, 1900.

— Du secret dans les asiles publics d'aliénés; par le D<sup>r</sup> Pons, médecin en chef de l'asile d'aliénées de Bordeaux. 63 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, janvier à octobre 1900.

— Contributo alla conoscenza della sclerosi cerebrali infantili; par le D<sup>r</sup> Sante de Sanctis. 30 p. in-8° avec planches: Extrait du *Bollettino della R. Accademia medica di Roma*, 1900.

— Zur psychologischen Analyse der Welt. Projektionsphilosophie; par le D<sup>r</sup> Kr. Birch-Reichenwald Aars. 1 vol. in-8° de 295 pages. Leipzig, J.-A. Barth, 1900.

— Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine, par Xavier Bichat. Nouvelle édition. Première partie, 2 fascicules, 525 pages in-8°. Paris, G. Steinheil, 1900.

— Vie ou mort; par Michel de Karnice-Karnicky. 74 pages in-8°. Paris. Imprimerie Chaix, 1900.

— Etude sur les illusions du temps dans les rêves du sommeil normal; par Justine Tobolowska, docteur en médecine. 112 pages in-8°. Paris, G. Carré et Naud, édit., 1900.

— L'hypnotisme scientifique; par le D<sup>r</sup> Crocq, avec une introduction par le professeur Pitres. 2<sup>e</sup> édit., revue et corrigée. 1 vol. in-8° de 610 pages avec 51 figures. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1900.

— Compte général de l'administration de la justice criminelle en France et en Algérie pendant l'année 1897, présenté au Président de la République par le garde des sceaux, ministre de la justice. 172 pages in-4°. Paris, Imprimerie Nationale, 1900.

— Forty-second annual report of the general board of commissioners in Lunacy for Scotland (Quarante-deuxième rapport annuel du Comité général des inspecteurs généraux des aliénés de l'Ecosse). 156 pages in-8°, avec tableau statistique. Glasgow, 1900.

— Manicomio provinciale di Pavia in Voghera. Note alla statistica del 1899; par le D<sup>r</sup> G. Antonini, directeur. 12 pages in-4°. s. l. n. d.

— Note sur l'imprégnation isolée des cellules névrogliques par la méthode de Golgi-Ramon y Cajal; par le D<sup>r</sup> Serge Soukhanoff. 2 pages in-8°. Extrait du *Journal de neurologie*, 20 mai 1900.

— Théorie des neuro-diélectriques; par le D<sup>r</sup> Ch. Binet-Sanglé. 8 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, 1900, n° 57.

— Zur Aetiologie und pathologischen Anatomie des perio-

dischen Irreseines (De l'étiologie et de l'anatomie pathologiques de la folie périodique); par le D<sup>r</sup> Alexander Pilcz, de Vienne. 12 pages in-8°. Extrait de *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1900.

— La géographie psychologique du manteau cérébral et la doctrine de Flechsig; par le professeur L. Bianchi. 28 pages in-8°. Extrait de la *Revue de psychologie clinique et thérapeutique*, 1900.

— Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de l'histopathologie de la paralysie générale; par les D<sup>rs</sup> Serge Soukhanoff et F. Geier, de Moscou. 16 pages in-8° avec planches. Extrait de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, Paris, s. d.

— L'épilepsie chez Gustave Flaubert; par le D<sup>r</sup> Ch. Binet-Sanglé. 12 pages in-8°. Extrait de la *Chronique médicale*. Paris, 1900.

— Alcoholic homicide; par le D<sup>r</sup> W.-C. Sullivan. 12 pages in-8°. Extrait du *Journal of mental science*, octobre 1900.

— Exposé des principes de l'articulation; par G. Forchhammer, directeur de l'Institut royal de sourds muets, à Nyborg, Danemark. 37 pages in-8°. Copenhague, 1900.

— Dos paginas de psiquiatria criminal; par le D<sup>r</sup> José Ingeguieros. 118 pages in-8° avec planches. Buenos-Aires, 1900.

— Second biennial report of the trustees, superintendent and treasurer of the Illinois Western Hospital for the insane, at Watertown. July 1, 1900. 62 pages in-8°. Springfield, Ill., 1900.

— Die gerichtlich medicinische Bedeutung der Suggestion (La signification médico-légale de la suggestion); par le D<sup>r</sup> von Schrenck-Notzing, de Munich. 36 pages in-8°. Extrait des *Archiv für kriminal Anthropologie und Kriministik*. Leipzig, 1900.

— Dehors. Le récit d'Yoric. Les propos de M. de Gavroche; par P. Max-Simon. 1 vol. in-32. Paris, P.-V. Stock, 1900.

— Hughlings Jackson und die motorischen Rindencentren im Lichte physiologischer Forschung (Hughlings Jackson et les centres moteurs corticaux à la lumière de l'investigation physiologique); par le professeur Edward Hitzig. Lecture faite à la Société de neurologie de Londres, le 29 novembre 1900. 40 pages in-8°. Berlin, Aug. Hirschwald, 1900.

— L'année psychologique, publiée par Albert Binet, avec la collaboration de H. Beaunis et Th. Ribot. 6<sup>e</sup> année. 1 vol. in-8° de 774 pages. Paris, Schleicher frères, 1900.

---

---

# VARIÉTÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Bureau pour 1901

La Société médico-psychologique a procédé, dans sa séance du 31 décembre 1900, au renouvellement de son Bureau pour l'année 1901.

Ont été élus :

*Président* : M. JOFFROY.

*Vice-président* : M. MOTET.

*Secrétaire général* : M. RITTI ;

*Secrétaires annuels* : MM. SEMELAIGNE et SOLLIER ;

*Trésorier* : M. BRUNET.

*Bibliothécaire-archiviste* : M. BOISSIER.

---

## LISTE DES MEMBRES

### MEMBRES HONORAIRES

DAGONET (H.), médecin en chef honoraire des asiles de la Seine, 1, rue Cabanis. — 22 février 1858.

LEGRAND (Maximin), médecin, 39, rue de Grenelle. — 27 mars 1865.

MITIVIÉ (Albert), médecin, 33, rue de Bourgogne. — 22 avril 1863.

ROUSSELIN, ancien inspecteur général des asiles d'aliénés, 8, rue de la Rochelle, Elbeuf (Seine-Inférieure). — 27 février 1865.

### MEMBRES TITULAIRES

ANTHEAUME, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, 6, rue Scheffer. — 27 mars 1899.

ARNAUD (L.-F.), médecin-directeur-adjoint de la maison de santé, 2, rue Falret, Vanves (Seine). — 27 mai 1889.

BALLET (Gilbert), professeur agrégé de la Faculté de médecine,

- médecin des hôpitaux, 39, rue du Général-Foy. — 28 mai 1883.
- BLIN, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 mai 1889.
- BOISSIER (François), médecin, 20, rue du Vieux-Colombier. — 29 octobre 1894.
- BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre, 14, rue des Carmes. — 26 janvier 1880.
- BRIAND (Marcel), médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine). — 25 juillet 1881.
- BRUNET (Daniel), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 7, rue Michelet. — 30 janvier 1860.
- CHARPENTIER, médecin de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital. — 30 mai 1881.
- CHASLIN (Ph.), médecin de Bicêtre, 64, rue de Rennes. — 23 mai 1887.
- CHRISTIAN (Jules), médecin de la maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 26 juin 1865.
- DENY, médecin de la Salpêtrière, 18, rue de la Pépinière. — 27 décembre 1897.
- DUBUISSON (Paul), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 18 mai 1885.
- DUPAIN, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).
- FALRET (Jules), médecin honoraire de la Salpêtrière, 114, rue du Bac. — 27 mars 1854.
- FEBVRE, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 février 1889.
- FÉRÉ (Ch.), médecin de Bicêtre, 37, boulevard Saint-Michel. — 25 juin 1883.
- GARNIER (Paul), médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, 16, boulevard Montmartre. — 25 juillet 1881.
- GOUJON, sénateur, 15, place Daumesnil. — 2 février 1877.
- HUET, médecin, 21, rue Jacob. — 24 novembre 1890.
- JANET (Pierre), médecin, professeur remplaçant au Collège de France, 21, rue Barbet-de-Jouy. — 28 janvier 1895.
- JOFFROY, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 195, boulevard Saint-Germain. — 25 mai 1891.
- KLIFFEL, médecin des hôpitaux, 20, rue de Grenelle. — 27 novembre 1893.
- LEGRAIN, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 30 juillet 1883.
- LEGRAS, médecin-adjoint de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, 7, passage Saulnier. — 26 décembre 1898.
- MAGNAN (V.), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, membre de l'Académie de médecine, 1, rue Cabanis. — 27 novembre 1871.

- MARANDON DE MONTYEL, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 26 mars 1888.
- MEURIOT, médecin-directeur de la maison de santé, 17, rue Berton, Paris-Passy. — 2 février 1877.
- MOREAU (DE TOURS), médecin-directeur de la maison de santé Esquirol, 23, rue de la Mairie, Ivry-sur-Seine. — 26 mars 1877.
- MOTET (A.), médecin-directeur de la maison de santé, membre de l'Académie de médecine, 161, rue de Charonne. — 24 février 1862.
- NAGEOTTE, médecin suppléant de Bicêtre, 5, rue Vavin. — 25 juillet 1898.
- PACTET, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 29 février 1892.
- POTTIER (Paul), médecin-directeur de la maison de santé, 10, rue Picpus. — 27 février 1888.
- RAFFEGLAU, médecin de l'établissement hydrothérapique, 9, avenue des Pages, le Vésinet (Seine-et-Oise). — 24 novembre 1884.
- RAYMOND (F.), professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, 156, boulevard Haussmann. — 30 novembre 1896.
- RITTI (Ant.), médecin de la maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 27 mars 1876.
- ROUBINOVITCH (G.), médecin-suppléant de la Salpêtrière, 113, rue du Faubourg-Poissonnière. — 27 juin 1892.
- ROUSSEL (Théophile), sénateur, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences morales et politiques, 71, rue du Faubourg-Saint-Honoré. — 25 novembre 1889.
- SÉGLAS (J.), médecin de l'hospice de Bicêtre, 96, rue de Rennes. — 28 juillet 1884.
- SEMELAIGNE (René), médecin-directeur de la maison de santé, château de Saint-James, 16, avenue de Madrid, Neuilly (Seine). — 29 décembre 1890.
- SÉRIEUX (Paul), médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, par Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 janvier 1892.
- SOLLIER (Paul), médecin-directeur de la maison de santé, 145, route de Versailles, Boulogne (Seine). — 25 mai 1891.
- TAGUET, médecin en chef à l'asile de la Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 15 novembre 1875.
- TAULE, directeur honoraire des asiles d'aliénés, 270, boulevard Raspail. — 31 janvier 1887.
- TOULOUSE, médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine). — 27 juin 1892.
- VALLON (Ch.), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 12 mars 1883.
- VOISIN (Jules), médecin de la Salpêtrière, 23, rue Saint-Lazare. — 10 novembre 1879.

## MEMBRES CORRESPONDANTS

- ANGLADE, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne). — 31 *juillet* 1899.
- ARMAINGAUD, médecin, Bordeaux (Gironde). — 29 *novembre* 1880.
- BÉCOULET, médecin honoraire des asiles d'aliénés. — 27 *février* 1882.
- BERNARD-LEROY (Eugène), médecin, 30, rue Miromesnil, Paris. — 27 *novembre* 1899.
- BEUGNIES-CORBEAU, médecin, Givet (Ardennes). — 25 *mai* 1891.
- BIAUTE, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Nantes (Loire-Inférieure). — 28 *juin* 1880.
- BLAISE, médecin, 69, boulevard Magenta, — 28 *janvier* 1889.
- BOETEAU, médecin, 18, rue de Chanzy, Le Mans (Sarthe). — 27 *juin* 1892.
- BONNET, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère). — 25 *janvier* 1892.
- BOUBILA, médecin en chef à l'asile de Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 *avril* 1892.
- BOUCHAUD, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Lommelet, près Lille (Nord). — 12 *mars* 1894.
- BOURPIN (V.), médecin-adjoint de l'asile de la Charité (Nièvre). — 28 *juin* 1897.
- BRETON, médecin, 15, place Daray, Dijon (Côte-d'Or). — 27 *novembre* 1899.
- CAMPAGNE, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés. — 26 *mars* 1866.
- CARRIER (Albert), professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, 138, route de Vienne, Lyon (Rhône). — 28 *janvier* 1884.
- CHANON (René), médecin-directeur de l'asile de Saint-Alban (Lozère). — 27 *juin* 1898.
- COLIN (H.), médecin de l'asile de Gaillon (Eure). — 29 *février* 1892.
- COULON, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise). — 30 *janvier* 1899.
- CULLERRE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon (Vendée). — 30 *juin* 1879.
- DANNER, directeur de l'École de médecine de Tours (Indre-et-Loire). — 26 *octobre* 1868.
- DARIN (Henry), ancien interne des asiles de la Seine. — 1<sup>er</sup> *juin* 1896.
- DARNIS, ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montauban. — 27 *mars* 1871.

- DELAPORTE, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés. — 23 février 1891.
- DÉRICQ (Lucien), médecin-directeur de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — 26 novembre 1888.
- DHEUR, médecin-adjoint de la maison de santé Esquirol, 23, rue de la Mairie, Ivry (Seine). — 28 février 1898.
- DOUTREBENTE (Gabriel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher). — 27 mars 1870.
- DUBUISSON (Maxime), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Braqueville, près Toulouse (Haute-Garonne). — 24 novembre 1890.
- DUFOUR, député, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, Paris. — 27 novembre 1871.
- DUMAS, médecin, agrégé de philosophie, 14, rue de l'Abbé-de-l'Épée, Paris. — 28 juillet 1890.
- DUMAZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Bassens (Savoie). — 23 février 1891.
- DUPRÉ, professeur agrégé de la Faculté de médecine, 47, rue Saint-Georges, Paris. — 26 décembre 1898.
- FABRE DE PARREL, médecin, Dieppe (Seine-Inférieure). — 28 juin 1880.
- FUSIER, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, Chambéry (Savoie). — 26 janvier 1857.
- GALLOPAIN (Clovis), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Fains, près Bar-le-Duc (Meuse). — 28 janvier 1878.
- GARNIER (Samuel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dijon (Côte-d'Or). — 28 janvier 1889.
- GIRAUD (Albert), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Yon, par Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure). — 22 mai 1882.
- GODFERNAUX, docteur ès lettres, professeur de l'Université. — 24 février 1896.
- GORODICHZE, médecin, 35, rue de la Bienfaisance, Paris. — 26 février 1894.
- GREFFIER, médecin, Grenoble (Isère). — 11 décembre 1882.
- GUIBERT, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). — 28 juin 1897.
- HANNION, médecin, 40, rue Libergier, Reims (Marne). — 29 octobre 1894.
- HOSPITAL, médecin en chef de l'asile Sainte-Marie, 22, rue Sainte-Claire, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — 27 mai 1872.
- KÉRAVAL, médecin-directeur de l'asile d'Armentières (Nord). — 29 novembre 1897.
- LABITTE (Georges), médecin, Clermont (Oise). — 18 mai 1885.
- LACHAUX, médecin, 57, rue Saint-Ferréol, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 31 décembre 1894.

- LACOUR, médecin des hôpitaux, Lyon (Rhône). — 28 *octobre* 1878.
- LAGRANGE, médecin-directeur de l'asile de Poitiers (Vienne). — 30 *juillet* 1888.
- LAILLER, pharmacien en chef honoraire des asiles d'aliénés, 23 *bis*, rue de Sotteville, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 *février* 1876.
- LALLEMANT, médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). — 28 *novembre* 1898.
- LAPOINTE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Auxerre (Yonne). — 25 *juillet* 1881.
- LARROQUE (Benjamin), médecin, 1131, Calle Cuyo, Buenos-Ayres (République Argentine). — 26 *juillet* 1886.
- LARROUSSINIE, médecin de la maison de santé, Caudéran, près Bordeaux (Gironde). — 24 *juillet* 1893.
- LAURENT (Armand), ancien médecin en chef des asiles d'aliénés et des hôpitaux de Rouen, 11, rue Beauvoisine, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 *juillet* 1862.
- LE FILLIATRE, médecin, 37, Grande-Rue, Villejuif (Seine). — 30 *décembre* 1895.
- LEMOINE, professeur à la Faculté de médecine, 29, boulevard de la Liberté, Lille (Nord). — 27 *février* 1888.
- LEROY (Raoul), médecin-adjoint à l'asile d'Evreux (Eure). — 28 *mars* 1898.
- LIONET (Ch.), médecin, Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire). — 25 *novembre* 1889.
- LWOFF, médecin-directeur de la colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). — 20 *janvier* 1893.
- MABILLE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Lafont, près la Rochelle (Charente-Inférieure). — 30 *juin* 1879.
- MAIRET (A.), professeur de la clinique des maladies mentales, 10, avenue du Stand, Montpellier (Hérault). — 28 *février* 1885.
- MARET, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés. — 30 *novembre* 1874.
- MARIE, médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine). — 23 *janvier* 1893.
- MASBRENIER, médecin, Melun (Seine-et-Marne). — 25 *mai* 1874.
- MAUPATÉ, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord). — 28 *mai* 1894.
- MEILHON, médecin-directeur de l'asile de Quimper (Finistère). — 27 *juillet* 1891.
- MORDRET, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, le Mans (Sarthe). — 26 *mars* 1877.
- NICOLAU, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde). — 29 *février* 1892.
- NIEPCE, médecin, Allevard (Isère). — 25 *janvier* 1858.



- NOIR (Julien), médecin, 45, rue Monge, Paris. — 28 février 1898.
- PAILHAS, médecin-adjoint de l'asile du Bon-Sauveur, Albi (Tarn). — 25 janvier 1897.
- PARANT (Victor), médecin-directeur de la maison de santé, 17, allées de la Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 27 décembre 1875.
- PÉON, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 2, rue Botanique, Angers (Maine-et-Loire). — 11 novembre 1872.
- PETIT (Gilbert), médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe). — 26 novembre 1888.
- PICARD, médecin, la Malgrange, près Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 29 avril 1878.
- PIERRET, professeur de la clinique des maladies mentales, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Bron (Rhône). — 12 mars 1883.
- PITRES, doyen de la Faculté de médecine, 119, cours d'Alsace-et-Lorraine, Bordeaux. — 30 novembre 1896.
- RAMADIER, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Rodez (Aveyron). — 24 décembre 1888.
- RAYNEAU, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Orléans (Loiret). — 28 mai 1900.
- RÉGIS (Emmanuel), chargé de cours de pathologie mentale à la Faculté de médecine, 154, rue Saint-Sernin, Bordeaux (Gironde). — 27 juin 1881.
- REY (Ph.), médecin-directeur de l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). — 25 février 1884.
- REYNAUD, ancien médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — 28 mars 1881.
- RIST (Adrien), médecin-directeur de la maison de santé, la Châtaigneraie, 11, rue des Deux-Moulins, Versailles (Seine-et-Oise). — 25 juillet 1881.
- ROUBY, médecin de la Maison de santé de Saint-Eugène, Alger. — 26 décembre 1892.
- ROUGÉ (Calixte), médecin en chef de l'asile d'aliénés, Limoux (Aude). — 28 mai 1883.
- SAINT-LAGER, médecin, Lyon (Rhône). — 30 mars 1868.
- SIMON (Max), médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, 22, rue Franklin, Lyon (Rhône). — 27 novembre 1882.
- SIZARET, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, Pontorson (Manche). — 15 novembre 1875.
- TEILLEUX, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, le Mans (Sarthe). — 31 décembre 1855.
- TERRIEN, médecin, Les Essarts (Vendée). — 24 décembre 1898.
- THIBAUD, médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). — 28 juin 1897.
- THIVET, médecin en chef à l'asile de Clermont (Oise). — 31 mars 1890.

- TISSIÉ (Ph.), médecin, 95, rue Fondaudège, Bordeaux (Gironde). — 25 novembre 1895.
- TOY, médecin-adjoint de l'asile de Laroche-gandon (Mayenne). — 25 janvier 1897.
- TRENEL, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure). — 29 juillet 1893.
- VIGOUROUX, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 27 mars 1893.

## MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

### ALLEMAGNE.

- BRESLER, médecin en chef de l'asile de Fribourg-en-Silésie. — 29 janvier 1900.
- BROSIUS, médecin-directeur de la maison de santé, Bendorf, près Coblenze. — 28 octobre 1878.
- LAEHR (Hans), médecin-directeur de la maison de santé de Schweizerhof, près Berlin. — 11 novembre 1889.
- NÆCKE (L.), médecin de l'asile d'aliénés de Hubertusburg, près Leipzig (Saxe). — 27 novembre 1893.
- NEISSER (Clemens), médecin de l'asile de Leubus. — 28 mars 1892.
- PIERSON (R.-H.), médecin de la maison de santé de Lindenhof-Coswig, près Dresde. — 27 mai 1895.
- SCHULE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Illenau (Grand-Duché de Bade). — 28 mai 1888.
- TUCZEK (F.), professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine, directeur de l'asile d'aliénés, Marburg (Hesse-Cassel). — 27 novembre 1893.

### ANGLETERRE.

- BATEMAN, médecin, Norwich. — 25 janvier 1875.
- BROWNE (sir J. Crichton), médecin, « Lord Chancellor's Visitor », New Law Courts, Strand, W. C. — 31 octobre 1881.
- CLOUSTON, médecin superintendant de l'asile royal de Morning-side, Edimbourg. — 31 octobre 1881.
- CONOLLY-NORMAN, médecin de l'asile de Richmond, Grangegorman, Dublin (Irlande). — 26 novembre 1894.
- FLETCHER BEACH, Winchester House, Kingston Hill, Surrey (Angleterre). — 26 novembre 1894.
- GASQUET (J.-R.), médecin, Saint-George's Retreat, Burgess Hill. — 31 octobre 1881.
- GRANVILLE (Mortimer), médecin, Londres. — 26 janvier 1880.
- MACKINTOSH (Donald), médecin, 10, Lancaster Road, Belsize Park, N. W. — 25 novembre 1867.

- MAUDSLEY (Henry), ancien professeur de médecine légale à l'University College, Londres. — 26 décembre 1864.
- NICOLSON (David), medical-superintendent de l'asile d'Etat de Broadmoor, Wokingham, Berks. — 31 octobre 1881.
- PERCY SMITH, superintendent de l'Hôpital de Bethlem, Londres. — 24 juin 1895.
- ORANGE (William), ancien médecin en chef de l'asile de Broadmoor, 12, Lexham Gardens, Londres. — 31 octobre 1881.
- RAYNER (Henry), médecin, 2, Harley Street, Londres. — 31 octobre 1881.
- ROBERTSON (Charles A. Lockhart), Lord Chancellor's Visitor, Gunsgreen, the Drive, Wimbledon. — 24 décembre 1864.
- RUTHERFORD (James), médecin en chef de « Crichton Royal Institution », Dumfries. — 31 octobre 1881.
- SAVAGE (G.-H.), médecin, 3, Henriette Street, Cavendish Square, W. — 31 octobre 1881.
- SHAW (Thomas C.), médecin en chef du « London County Asylum », Banstead, Surrey. — 31 octobre 1881.
- SIBBALD (Sir John), « Commissioner in Lunacy » pour l'Ecosse, 3, Saint-Margared's Road, Edimbourg. —
- URQUHART, médecin-directeur de « James Murray's Royal Asylum », Perth (Ecosse). — 26 décembre 1892.

## AUTRICHE-HONGRIE.

- KRAFFT-ÉBING (DE), professeur de clinique des maladies mentales à l'Université de Vienne. — 25 mars 1867.
- LAUFENAUER (CH.), professeur des maladies mentales et nerveuses à l'Université de Budapest (Hongrie). — 11 novembre 1889.
- OBERSTEINER (Henri), professeur à l'Université, médecin-directeur de la maison de santé d'Ober-Döbling, près Vienne. — 26 novembre 1883.
- PICK (Arnold), professeur de psychiatrie à l'Université de Prague (Bohême). — 24 novembre 1884.
- PILCZ, médecin-adjoint de 1<sup>re</sup> clinique psychiatrique de Vienne. — 27 juin 1898.
- SALGO, médecin de l'asile d'aliénés de Lipometzo, Budapest (Hongrie). — 25 novembre 1889.

## BELGIQUE.

- CUYLITS, médecin en chef de l'asile d'Evêre, 44, boulevard de Waterloo, Bruxelles. — 30 juin 1884.
- DESGUIN (Victor), membre de l'Académie de médecine de Belgique, 24, rue de Vanneau, Anvers. — 26 octobre 1885.
- DUCHATEAU, médecin de l'hospice des femmes aliénées, Gand. — 26 février 1900.

- FRANCOTTE, professeur à l'Université, 15, quai de l'Industrie, Liège. — 31 *décembre* 1894.
- LEFEBVRE, professeur à l'Université de Louvain. — 30 *novembre* 1874.
- LENTZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Tournai, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume. — 24 *novembre* 1874.
- MASOIN, professeur à l'Université, médecin de l'asile d'aliénées de Louvain. — 20 *décembre* 1875.
- MOREL (Jules), médecin en chef de l'asile des aliénées, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume, Mons. — 26 *octobre* 1874.
- PEETERS, médecin-directeur de la colonie de Gheel. — 29 *octobre* 1883.
- SANO (Fritz), médecin, 2, rue Montebello, Anvers. — 30 *octobre* 1899.
- VAN DEN ABBELE, médecin en chef de l'hospice Saint-Julien, Bruges. — 17 *février* 1868.
- VILLERS, médecin-adjoint au dépôt des aliénés de l'hôpital Saint-Jean, 33, rue Lebeau, Bruxelles. — 26 *février* 1900.

## BRÉSIL.

- COUTINHO, médecin de l'asile d'aliénés de Pernambuco. — 24 *juin* 1889.
- NINA RODRIGUEZ, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bahia. — 6 *juin* 1898.
- SOUZA-LEITE, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, Balma. — 11 *novembre* 1889.
- TEIXEIRA-BRANDAO, médecin, Rio-de-Janeiro. — 26 *novembre* 1883.

## CANADA.

- BOURQUE (E.-J.), professeur de clinique des maladies mentales, médecin en chef de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe, près Montréal. — 11 *novembre* 1889.
- CHAGNON, médecin-assistant de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe. — 27 *mars* 1899.
- VALLÉE (Arthur), médecin de l'asile d'aliénés de Québec. — 11 *novembre* 1889.
- VILLENEUVE (G.), professeur adjoint de médecine légale et des maladies mentales de l'université Laval, surintendant médical de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe. — 26 *novembre* 1900.

## CHILI.

- BECA (Manuel), médecin de la Casa de Orates, Santiago. — 29 *mars* 1897.

## ÉGYPTE.

HADJÈS, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés, le Caire. — 11 novembre 1889.

## ESPAGNE.

GINE Y PARTAGAS, médecin, Barcelone. — 29 juillet 1878.

PII Y MOLIST, médecin de l'asile d'aliénés, Barcelone. — 31 janvier 1859.

SANJUAN, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Saragosse. — 26 juillet 1897.

## ÉTATS-UNIS.

ALDER BLUMER, superintendant, Utica State Hospital, New-York. — 30 octobre 1899.

BURR (C.-B.), secrétaire de l'Association médico-psychologique américaine, Flint, Michigan. — 27 novembre 1899.

CLARK BELL, avocat, président de la Société médico-légale, n° 57, Broadway, New-York. — 11 novembre 1889.

COWLES (Edward), superintendant g. de l'Hôpital de Mac-Lane, Sommerville, Boston (Massachusetts). — 25 mars 1895.

ECHEVERRIA, médecin, New-York. — 29 novembre 1878.

GRAY, médecin en chef de l'asile d'aliénés de New-York, Utica. — 24 novembre 1880.

HALL (David), médecin de l'asile d'aliénés de Northampton (Massachusetts). — 23 mai 1887.

KIERNAN JAS. (G.), privat docent de psychiatrie, 910, 103 State Street, Chicago. — 25 novembre 1895.

MANN (EDWARD), directeur de la maison de santé, 801, Madison Avenue, New-York. — 31 décembre 1895.

ROBINOVITCH (M<sup>lle</sup> Louise), médecin, 32 Broadway, à New-York. — 30 octobre 1899.

## GRÈCE.

CATSARAS (Michel), professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'asile de Dromocaïtis, Athènes. — 25 octobre 1886.

MITAFTSIS (Télémaque), professeur agrégé des maladies nerveuses et mentales, à l'Université, 68<sup>a</sup>, rue de l'Académie, Athènes. — 30 octobre 1899.

YANNIRIS, médecin et sous-directeur de l'asile de Dromocaïtis. — 28 mai 1900.

## HOLLANDE.

HUBRECHT, secrétaire général du ministère de l'intérieur, la Haye, — 27 octobre 1879.

JONG (DE), médecin à la Haye. — 27 octobre 1879.

- SWEENS, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vorburg, Vucht près Bois-le-Duc. — 11 *novembre* 1889.
- VAN ANDEL, inspecteur des asiles d'aliénés de la Hollande. — 27 *octobre* 1879.
- VAN DER LITH, ancien professeur titulaire et médecin-directeur de l'asile d'Utrecht. — 27 *octobre* 1879.
- VAN DER SWALME, médecin, à Middelbourg. — 27 *octobre* 1879.
- VAN PERSIJN, médecin-directeur de l'asile de Meerenberg. — 27 *octobre* 1879.
- WELLENBERGH, médecin, à Amsterdam. — 29 *novembre* 1886.
- ZIEHEN (Th.), professeur de psychiatrie à l'Université d'Utrecht. — 22 *février* 1897.

## ITALIE.

- AZZURRI (Francesco), architecte, 68, via Panisperna, Rome. — 25 *avril* 1864.
- BINI, médecin, Florence. — 30 *juillet* 1877.
- CASCELLA (Francesco), médecin du manicomio d'Aversa. — 30 *mars* 1896.
- FRIGERIO, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Alexandrie. — 26 *novembre* 1883.
- FOCHI (Camille), médecin du manicomio de Colorno. — 28 *juillet* 1884.
- FUNAIOLI, professeur de psychiatrie à l'Université, directeur du manicomio de Sienne. — 29 *avril* 1878.
- GIACCHI, médecin-directeur du manicomio provincial de Cuneo, à Raconigi. — 28 *novembre* 1878.
- LOMBROSO, professeur de médecine légale et de psychiatrie à l'Université de Turin.
- MASSALONGHO (Roberto), médecin à l'hôpital Major, Vérone. — 28 *janvier* 1889.
- MINGAZZINI (Giovanni), docent de clinique psychiatrique à l'Université de Rome. — 30 *décembre* 1895.
- MORSELLI (E.), directeur de la Clinique psychiatrique, professeur de neuropathologie et d'électrothérapie, 46, via Assaroti, Gênes.
- PERLA, médecin, Aversa. — 25 *mai* 1868.
- RIVA, médecin-directeur de l'asile d'Ancone. — 27 *mars* 1882.
- SANNICOLA, médecin, Aversa. — 25 *mai* 1868.
- SANTE DE SANCTIS, professeur agrégé à l'Université de Rome. — 29 *mars* 1897.
- SEPPILLI, médecin-directeur du manicomio de Brescia. — 27 *mars* 1882.
- STACCHINI, vice-directeur du manicomio de Florence. — 30 *juillet* 1877.
- TAMBURINI, directeur du manicomio de Reggio-Emilia, professeur

de clinique psychiatrique à l'Université de Modène. — 24 juin 1878.

TONINO, médecin-directeur de la maison de santé Colombo, à Milan. — 26 mars 1866.

VENTURI (Silvio), médecin du manicomie provincial de Catanzaro, à Girifalco. — 26 novembre 1888.

VIRGILIO, médecin-directeur du manicomie d'Aversa. — 28 novembre 1881.

#### LUXEMBOURG (GRAND-DUCHÉ DE).

BUFFET, médecin en chef de l'asile d'Ettelbrück. — 27 janvier 1896.

#### PORTUGAL.

BETTENCOURT-RODRIGUES, médecin, 3, rua da Imprensa, Lisbonne. — 25 juillet 1887.

BOMBARDA (Miguel), professeur de l'école médico-chirurgicale, directeur de l'hôpital de Rilhafolles, Lisbonne. — 29 octobre 1894.

MATTOS (Jules DE), médecin à l'asile d'aliénés de Porto. — 24 février 1890.

SOUSA MAGALHAES E LEMOS (DE), médecin de l'asile d'aliénés de Porto. — 31 mars 1884.

#### RÉPUBLIQUE ARGENTINE.

CABRED (Domingo), médecin à l'hospice de las Mercedes, Buenos-Ayres. — 25 février 1889.

PEREZ, médecin de la Maison de santé, Buenos-Ayres. — 30 juin 1884.

#### ROUMANIE.

SOUTZO, professeur de médecine mentale à l'Université de Bucarest. — 27 novembre 1887.

VASCHIDE. — 25 juin 1900.

#### RUSSIE.

BAJENOFF (N.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Riazanne. — 30 juin 1884.

BERNSTEIN (A.), médecin de la Clinique psychiatrique de Moscou. — 30 novembre 1896.

BECHTEREW (W.), médecin des maladies mentales et nerveuses, Saint-Petersbourg. — 11 novembre 1889.

DMITREVSKY, médecin en chef de l'asile Notre-Dame-des-Affligés, près Saint-Petersbourg. — 26 décembre 1898.

GORSKY (M<sup>me</sup> DE). — 29 octobre 1888.

- GREIDENBERG, médecin en chef de l'asile départementale de Kharkow. — 26 novembre 1900.
- HERZOG, médecin, Saint-Petersbourg. — 13 avril 1863.
- JACOBY (Paul), médecin, Moscou. — 26 décembre 1881.
- KOWALEWSKI, professeur à l'Université de Kharkoff. — 31 mai 1886.
- MIERZEJEWSKI, professeur de la clinique des maladies mentales à l'Académie médico-chirurgicale, Saint-Petersbourg. — 28 octobre 1878.
- ORCHANSKY, professeur à l'Université de Kharkow. — 27 février 1899.
- POPOFF, professeur à l'Université de Varsovie. — 29 octobre 1888.
- ROTHER, médecin, Varsovie. — 30 avril 1877.
- SOKALSKY, médecin de l'hôpital de Saint-Nicolas, Saint-Petersbourg. — 28 février 1898.
- SOUKHANOFF, médecin de la clinique psychiatrique de Moscou. — 27 juillet 1896.
- SKWORTZOFF (M<sup>lle</sup> Nadine). — 25 juillet 1881.
- TOKARSKY, médecin de la clinique psychiatrique de Moscou. — 11 novembre 1889.

## SERBIE.

- VASSITCH (Milan-Vlad.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Belgrade. — 10 décembre 1883.

## SUÈDE ET NORVÈGE.

- BECHHOLM, médecin-adjoint de l'asile de Bergen. — 28 décembre 1896.
- BERLINY, médecin, à Malmö.
- BJOLSTROM, professeur de psychiatrie de l'Université de Stockholm. — 27 octobre 1884.
- LINDBOE, médecin en chef de l'asile de Gaustad, près Christiania. — 29 décembre 1874.
- PLATOU, médecin en chef de l'asile d'Eg, près de Christiansand. — 29 décembre 1884.
- SALOMON, médecin de l'asile d'aliénés, Malmö. — 23 avril 1863.

## SUISSE.

- CHATELAIN, ancien médecin en chef de l'asile de Préfargier, Saint-Blaise (Neuchâtel). — 28 juillet 1890.
- DUNANT, ancien professeur d'hygiène à l'Université de Genève. — 14 mars 1863.
- GODET, médecin-directeur de l'asile de Préfargier (Neuchâtel). — 27 février 1899.
- LADAME (Paul), privat docent à l'Université, 20, rue de Candolle, Genève. — 28 juillet 1884.



MARTIN (Joannès), ancien professeur de médecine mentale à l'Université de Genève, médecin-directeur de la Métairie, près Nyon. — 26 février 1895.

PACHOUD, médecin de l'asile de Bois-de-Céry, près Lausanne. — 28 mars 1892.

RABOW, professeur à la Faculté de médecine de Lausanne. — 27 février 1899.

SERRIGNY, médecin-directeur de l'asile de Marsens (Fribourg). — 26 décembre 1898.

#### TURQUIE.

CASTRO (DE), médecin de l'asile d'aliénés, Constantinople. — 29 janvier 1893.

MONGERI (Luigi), médecin-aliéniste de l'hôpital royal italien, 20, rue Cabristan, Constantinople. — 30 juillet 1900.

#### Récapitulation.

Membres honoraires . . . . .	4
— titulaires . . . . .	47
— correspondants . . . . .	95
— associés étrangers . . . . .	144
Total . . . . .	290

#### NOMINATIONS ET PROMOTIONS

*Décret du 11 décembre 1900* : Sur le rapport du ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et Télégraphes, est nommé chevalier de la Légion d'honneur, M. le D<sup>r</sup> JANET (Pierre-Marie-Félix), professeur suppléant de psychologie au Collège de France, directeur du laboratoire de psychologie à la Salpêtrière, secrétaire général du Congrès de psychologie.

— *Arrêtés de novembre 1900* : M. LESVIER, directeur de l'asile de Saint-Méen (Ille-et-Vilaine), est nommé directeur de l'asile de Clermont (Oise);

M. GRUIER, directeur de l'asile de Clermont, est nommé directeur de l'asile de Saint-Méen;

M. le D<sup>r</sup> SIZABET, médecin-directeur de l'asile de Saint-Ylie (Jura), est promu à la 2<sup>e</sup> classe de son grade (6.000 fr.);

M. le D<sup>r</sup> BOUDRIE, médecin en chef à l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise), est nommé médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche (poste créé);

M. le D<sup>r</sup> DUPAIN, directeur-médecin de la Colonie d'aliénés de Dun-sur-Auron (Cher), est nommé médecin en chef de l'asile de Vaucluse.

## NÉCROLOGIE

DURAND (DE GROS). — Nous avons le regret d'annoncer la mort du D<sup>r</sup> Durand (de Gros), décédé à Arsac (Aveyron), le 17 novembre 1900, dans sa soixante-quinzième année.

Durand était né à Gros (Aveyron) le 16 juin 1826. Auteur d'un grand nombre d'ouvrages de physiologie et de philosophie très appréciés, il peut être considéré comme un des premiers qui se soient occupés, à un point de vue scientifique, des questions relatives à l'hypnotisme et à la suggestion. Ses premiers ouvrages, parus vers 1860 sous le pseudonyme de Philips, le prouvent ; ils sont intitulés : *Traité de l'électro-dynamique vital* et *Cours de braidisme*.

C'est en Angleterre que le D<sup>r</sup> Durand (de Gros) se livra à ses études sur l'hypnotisme et la suggestion ; il s'y trouvait en qualité d'exilé. Notre regretté confrère, qui professait en politique des idées démocratiques avancées, avait pris, avec Raspail, une part active à la Révolution de 1848. Lors du coup d'Etat du 2 décembre 1851, il dut s'expatrier pour échapper à la police bonapartiste, et se retira en Angleterre d'abord, puis en Amérique, où il se fit naturaliser citoyen des Etats-Unis.

L'amnistie lui permit de rentrer en France en 1860. Depuis lors, il se tint à l'écart des partis. Il ne sortit de cette réserve qu'en 1892, où il fut candidat à un siège sénatorial de l'Aveyron : il n'obtint que 22 voix.

Durand (de Gros) est surtout connu et apprécié comme philosophe. Ses théories de philosophie biologique sur le polyzoïsme, sur la suggestion hypnotique, etc., se trouvent développées dans une série de publications qui, dans ces dernières années, ont obtenu un certain succès. Nous rappellerons entre autres ses ouvrages intitulés : *Aperçus de taxinomie générale* ; *Nouvelles recherches sur l'esthétique et la morale*, etc.

Notre regretté confrère faisait partie de la Société médico-psychologique : il fut nommé membre titulaire le 25 novembre 1867. S'étant retiré dans son pays natal après les événements de 1870, Durand (de Gros) sollicita et obtint l'honorariat. Il n'oubliait cependant pas qu'il était des nôtres, et, en 1895, ayant publié un volume sur le *Merveilleux scientifique*, il l'envoya à la Société, qui chargea M. Pierre Janet de l'analyser. Cette analyse fut communiquée à la séance du 25 mars 1895 (V. *Annales médico-psych.* numéro de mai-juin 1895, p. 447) et provoqua de la part de M. Durand une réponse qui fut lue à la séance du 25 novembre de la même année (V. *Annales* de janvier-février 1896, p. 102), où il se défend avec une grande verveur d'esprit contre certaines assertions de son rapporteur.

Durand (de Gros) conserva jusqu'à ses derniers jours une très grande vigueur intellectuelle ; il laisse à tous ceux qui l'ont connu le souvenir d'un homme excellent. Jusqu'à ses derniers jours, il resta fidèle aux convictions philosophiques et politiques de toute sa vie, exemple assez rare à notre époque ou la versatilité des opinions en tous genres semble être devenue la règle.

#### PRIX DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle, le lundi 17 décembre 1900. Parmi les prix décernés, nous relevons ceux obtenus pour des travaux de pathologie mentale et nerveuse.

**PRIX MONTYON. — STATISTIQUE. — 500 francs. —** Une mention honorable est accordée à M. le D<sup>r</sup> PAILHAS, médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Albi, auteur d'une intéressante étude historique sur la folie dans le département du Tarn.

**PRIX MONTYON. — MÉDECINE ET CHIRURGIE. — 7.500 fr. —** Un prix de 2.500 francs est décerné à M. JULES SOURY, auteur d'un ouvrage ayant pour titre : *Le système nerveux central. Structure et fonctions. Histoire critique des théories et des doctrines.*

Une citation est accordée à M. TOULOUSE, pour un travail sur le *Traitement de l'épilepsie par les bromures.*

**PRIX BELLION. — 1.400 francs. —** (Ouvrages de découvertes profitables surtout à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine.)

Une mention honorable est accordée à M. le D<sup>r</sup> L. JACQUET, médecin des hôpitaux de Paris, pour ses quatre brochures ayant pour titre : 1° *Le péril alcoolique* ; 2° *L'alcool, maladie, mort* ; 3° *Alcool et cyclisme* ; 4° *La lique rouennaise contre l'alcoolisme.*

**PRIX LALLEMAND. — 1.800 francs. —** (Travaux relatifs au système nerveux). — Le prix est partagé entre :

1° M. le D<sup>r</sup> MAURICE DE FLEURY pour ses *Recherches cliniques sur l'épilepsie et sur son traitement*, et aussi pour son *Introduction à la médecine de l'esprit* et son ouvrage intitulé : *L'âme du criminel* ;

2° M. DE NABIAS, pour deux ouvrages ayant pour titre : a) *Recherches sur le système nerveux des Gastéropodes aquatiques* ; et b) *Recherches sur quelques points de la structure du cerveau des Gastéropodes terrestres.*

**PRIX MONTYON. — PHYSIOLOGIE. — 750 francs. —** (Travaux de physiologie expérimentale). — Ce prix est partagé entre deux lauréats, dont l'un, M<sup>lle</sup> JOTEYKO, avait présenté les trois mémoires suivants : a) *Résistance des centres nerveux*

et médullaires à la fatigue; b) *L'effort nerveux et la fatigue*; c) *La fatigue et la respiration élémentaire du muscle*.

PRIX MARTIN-DAMOURETTE. — 1.400 francs. — (Physiologie thérapeutique.) — Le prix est décerné à M. Ed. LONG, auteur d'une étude ayant pour titre : *Les voies centrales de la sensibilité générale*.

#### PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle, le mardi 18 décembre 1900, sous la présidence de M. Marey.

Parmi les nombreux prix décernés par l'Académie, nous relevons les suivants qui ont été accordés à des travaux sur la pathologie mentale et nerveuse :

PRIX BAILLARGER. — 2.000 fr. (biennal). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

Quatre ouvrages ont été adressés pour ce concours. L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde :

Une mention honorable avec une récompense de 800 fr. à MM. les D<sup>r</sup> Ch. VALLON, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Villejuif, et A. MARIE (de Dun-sur-Auron) : *Les aliénés en Russie*;

Une mention honorable avec une récompense de 600 fr. à M. le D<sup>r</sup> H. COLIN (de Gaillon) : *Les aliénés vicieux dans les asiles d'aliénés*;

Une mention honorable avec une récompense de 600 fr. à M. le D<sup>r</sup> P. COLOLIAN (de Paris) : *Traitement des maladies mentales (assistance, thérapeutique, prophylaxie)*;

Une mention honorable à M. le D<sup>r</sup> E. TOULOUSE, médecin en chef de l'asile de Villejuif : *Organisation d'un service d'aliénés*.

PRIX BARBIER. — 2.000 fr. (annuel). — Un encouragement de 500 fr. est accordé à M. le D<sup>r</sup> VIDAL (de Périgueux) : *Le traitement chirurgical des épilepsies essentielles (bases physiologiques et indications opératoires)*.

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr. (annuel). — Question : *Les délires dans la paralysie générale*. — Trois mémoires sur cette question ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le D<sup>r</sup> V. TRUELLE (de Dun-sur-Auron).

PRIX FALRET. — 700 fr. (biennal). — Question : *Les formes cliniques de la neurasthénie ; leur traitement*. — Trois mémoires ont été adressés à l'Académie sur cette question. Le prix n'a pas été décerné.

Des mentions honorables avec une somme de 350 fr. sont accordées : 1° à M. le D<sup>r</sup> DESCOURTIS (de Paris) et 2° à M. le D<sup>r</sup> HÉRAUD (de Luxeuil-les-Bains).

PRIX ERNEST GODARD. — 1.000 fr. (annuel). — Au meilleur ouvrage sur la pathologie interne. L'Académie partage le prix et alloue :

600 fr. à M. le D<sup>r</sup> GERLIER (de Fernay-Voltaire) : *Le vertige paralysant ou Kubisagari (maladie de Gerlier)*;

400 fr. à M. le D<sup>r</sup> A. SICARD (de Paris) : *Les injections sous-arachnoïdiennes et le liquide céphalo-rachidien*.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève), — 3.000 fr. (annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses. Quatre concurrents se sont présentés.

Le prix est décerné à M. le D<sup>r</sup> M. DE FLEURY (de Paris) : *Introduction à la médecine de l'esprit. — Recherches cliniques sur l'épilepsie et son traitement*.

Une mention très honorable est accordée à M. le D<sup>r</sup> TOUCHE (de Brévannes) : *Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de l'hémichorée organique*.

PRIX HENRI LORQUET. — 300 fr. (annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales. Trois concurrents ont pris part à ce concours.

L'Académie décerne le prix à M. le D<sup>r</sup> VIALLOU (de Bron) : *Suicide et folie; contribution clinique*. — Une mention est accordée à M. le D<sup>r</sup> MANHEIMER (de Paris) : *Les troubles mentaux de l'enfance; précis de psychiatrie infantile avec les applications pédagogiques et médico-légales*.

PRIX SAINTOUR. — 4.400 fr. (biennal). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine. L'Académie décerne :

Un prix de 2.000 fr. à M. J. SOURY (de Paris) : *Le système nerveux central; structure et fonctions; histoire critique des théories et des doctrines*.

Dans la même séance l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1901, 1902 et 1903. Les *Annales* ont déjà publié les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse proposées pour les deux premières années (V. les numéros de janvier 1899, p. 170, et de janvier 1900, p. 170); voici celles proposées pour 1903 :

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. — (Annuel). — Question : *Des troubles cérébraux dans la sclérose en plaques*.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX LORQUET. — 300 francs. — (Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

NOTA. — Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours doivent être écrits lisiblement en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine ; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

#### LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

1. *Suicide*. — On lit dans le *Temps* (numéro du mardi 6 novembre 1900) :

« Dans l'après-midi d'hier, à Lyon, un individu qui paraissait ne pas jouir de toutes ses facultés est monté sur le monument Carnot, qui avait été solennellement inauguré le matin même, et s'est mis à haranguer la foule ; puis subitement, tirant un rasoir de sa poche, il s'en est porté un coup à la gorge. Transporté à l'Hôtel-Dieu, il a été admis d'urgence. Son état est désespéré.

« C'est un nommé Prebet, âgé de quarante-deux ans, coiffeur, né à Saint-Jean-de-Bonnefonds (Loire). »

2. *Folie mystique*. — « M<sup>me</sup> de P..., demeurant, 47, rue Notre-Dame-de-Lorette, souffrait depuis quelque temps de violentes névralgies. Elle en informa sa mère, une vieille dame âgée de soixante-dix ans, qui vint de la province, où elle habitait, pour soigner sa fille.

« Cependant, l'état de santé de celle-ci s'aggrava. Elle donnait des signes d'aliénation mentale, parlait constamment de Dieu, des saints et du séjour éternel ; bref, elle semblait atteinte de folie mystique.

« Ce matin, la concierge et les voisins de M<sup>me</sup> de P... entendirent des cris poussés dans l'appartement de celle-ci par sa mère :

« — Au secours ! criait-elle, venez me délivrer, ma fille me tient et ne veut pas me lâcher.

« La concierge frappa à la porte. M<sup>me</sup> de P... ne vint pas ouvrir et les cris continuèrent.

« On alla chercher le commissaire de police, M. Cornette, qui frappa à son tour sans plus de succès. Comme les appels de la vieille dame se faisaient plus pressants, il fit enfoncer la porte et pénétra avec deux inspecteurs dans l'appartement.

« M<sup>me</sup> de P... était accroupie sur sa mère qui était couchée.

Elle la tenait si étroitement embrassée sur son lit que la malheureuse respirait à peine. La folle paraissait en extase. Elle invoquait la Vierge Marie et, de temps en temps, interrompait sa prière, pour inviter sa mère à l'accompagner au ciel.

« M. Cornette et ses inspecteurs eurent beaucoup de peine à arracher la vieille dame à l'étreinte de sa fille ; et pour s'emparer de cette dernière, ils durent lui jeter une couverture sur la tête et la ligotter.

« C'est ainsi que la malheureuse femme a été transportée à l'infirmerie du Dépôt. » (*Le Temps*, numéro du mercredi 14 novembre 1900.)

3. *Un drame à la caserne.* — Un drame vient de se produire à la caserne de Pontanezen (Brest), occupée par le 6<sup>e</sup> de marine

L'élève caporal Drouhin était dans les chambrées occupé à apprendre aux conscrits à faire leur paquetage.

Tout à coup, sans aucun motif, le soldat Barberaud, né à Saint-Symphorien (Vendée), conscrit, arrivé depuis deux heures seulement à la caserne, saisit son couteau et le planta entre les deux épaules de Drouhin, qui tomba sur le sol, baignant dans son sang.

Avant qu'on eût pu s'emparer du meurtrier, Barberaud tournait son arme contre lui-même et s'en frappait six fois, au cou, au thorax et à l'abdomen.

Lui aussi tomba baigné dans une mare de sang.

Le meurtrier et la victime ont été transportés à l'hôpital maritime où ils ont reçu les soins du docteur Valence. Leur vie est en danger.

Comme le médecin questionnait Barberaud, celui-ci répliqua : « Laissez-moi tranquille ! j'ai besoin de repos. Je ne suis pas encore mort. »

L'enquête a fait découvrir que Barberaud, qui poignarda Drouhin, est déséquilibré. C'est ainsi que quelques instants avant le drame, lorsque Barberaud fut présenté au capitaine, il prit les médailles et le crucifix qu'il portait sur sa poitrine et fit le signe de la croix.

C'est probablement la peur de la vie militaire qui a contribué à rendre fou Barberaud et à le faire devenir assassin. (*Le Temps*, numéro du dimanche 18 novembre 1900.)

4. *Un aliéné parricide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 19 novembre 1900) :

« Un fou, nommé Fonteneau, âgé de trente-six ans, demeurant à la Haye-Fouassière, près de Nantes, a tiré des coups de revolver sur son père et sa mère.

« Fonteneau était atteint d'une espèce de folie mystique et avait été interné à plusieurs reprises à l'hospice Saint-Jacques.

Il était revenu depuis deux mois chez ses parents. C'est au moment où son père travaillait dans un champ qu'il a tiré sur lui les six coups de son revolver, puis il est retourné chez lui et a tiré sur sa mère, qui vaquait au soin du ménage, cinq coups de son arme rechargée. L'état des blessés est désespéré.

« Le malheureux fou dit qu'il a reçu d'en haut l'ordre de tuer ses parents. »

5. *Suicide*. — On lit dans le *Figaro* (numéro du mercredi 20 novembre 1900) :

« M<sup>me</sup> Marie Fournier, âgée de cinquante-deux ans, fleuriste, demeurant 2, rue Saint-Placide, *donnait, depuis quelque temps, des signes d'aliénation mentale.*

« L'avant-dernière nuit, pendant que sa famille dormait, elle avait tenté de se suicider en ouvrant tous les becs de gaz de son logement. Son mari s'en était heureusement aperçu à temps.

« Hier, durant une crise persistante de celle-ci, il résolut de prévenir M. Guillaud, commissaire de police. Tandis qu'il se rendait au commissariat, M<sup>me</sup> Fournier ouvrit la fenêtre de son logement, situé au quatrième étage, et se jeta dans le vide.

« On la releva dans un état désespéré. On la conduisit à l'hôpital Laënnec où elle est morte quelques instants après son arrivée. Ce suicide a causé dans le quartier une vive émotion. »

6. *Suicide*. — Dimanche dernier, vers 8 heures du matin, le nommé Bondoux Jacques, âgé de quarante et un ans, journalier, a été trouvé pendu dans son habitation au hameau de la Seigne, commune de Limanton.

Cet homme, qui vivait seul, était *alcoolique et ne jouissait pas de ses facultés mentales*. (La *Tribune de la Nièvre*, numéro du jeudi 21 novembre 1900.)

7. *Homicide et suicide*. — On télégraphie de Madrid au *Temps* (numéro du mardi 27 novembre 1900) :

Un drame sanglant s'est déroulé à la porte de l'église des Calatravas entre deux prêtres qui étaient en civil.

L'abbé Florent Hidalgo tira un coup de revolver sur un autre prêtre, l'abbé Macipe, avec qui il avait eu une assez vive discussion, et s'est ensuite brûlé la cervelle.

Le blessé s'appelle don José Macipe Vallenuela : il est aumônier délégué du district de la Nouvelle-Castille.

L'assassin, qui s'est suicidé, s'appelait Antonio Filomeno Hidalgo : il était deuxième aumônier du régiment des Asturies.

On a administré les derniers sacrements au blessé qui avait été transporté dans un des postes de l'Assistance publique.



Le cadavre du suicidé a été transporté au dépôt judiciaire.

Le ministre de l'Intérieur, qui connaissait le meurtrier, a déclaré que celui-ci avait la monomanie de la persécution depuis qu'il était revenu de Cuba.

Il s'était cru notamment excommunié et avait adressé une requête au nonce pour demander d'être relevé de cette excommunication de laquelle, recherches faites, il n'avait jamais été frappé.

8. *Un fou assassin.* — Notre correspondant de Marseille nous télégraphie qu'un crime a été commis ce matin dans le quartier d'Endoume, provoquant la plus vive émotion parmi les habitants.

Un vérificateur d'octroi, le nommé Caponi, demeurant rue de la Colline, 28, sous l'empire d'un accès de folie, s'est levé subitement de son lit, vers une heure du matin et, s'armant d'un poignard, il en a frappé sa femme, profondément endormie.

Cette malheureuse est morte sur le coup; l'arme lui avait percé le cœur.

Le meurtrier a été arrêté ce matin, à 6 heures, à grand-peine. On a dû le garrotter pour le transporter à l'asile des aliénés (Le *Temps*, numéro du jeudi 6 décembre 1900).

9. *Un drame de la folie.* — Sous ce titre, le *Petit Parisien* (numéro du dimanche 20 décembre 1900), rapporte le fait suivant :

« Une dame Eucher, qui avait à plusieurs reprises donné des signes évidents de dérangement cérébral, avait été, par les soins de sa famille, mise en traitement à l'asile d'aliénés de Saint-Henri.

« M<sup>me</sup> Eucher réussit cependant à s'échapper de cet établissement, profitant d'un instant où la surveillance s'était un peu relâchée. Rendue à la liberté, elle s'empressa de revenir au domicile conjugal. Son mari se trouvait absent au moment de son arrivée, et sa fille, une enfant de quatre ans, s'y trouvait seule.

« La malheureuse folle s'empressa, dès qu'elle fut dans son appartement, d'allumer un réchaud de charbon dans la chambre où reposait l'enfant. Ceci fait, prenant la pauvre petite dans ses bras, elle s'étendit sur le lit, attendant que les gaz délétères eussent fait leur œuvre de mort.

« M. Eucher, qui se trouvait occupé au dehors, ne tarda pas à rentrer; mais quand il pénétra dans la chambre, il trouva les deux corps inanimés, étroitement embrassés. La mère respirait encore, cependant, et à force de soins, put être rappelée à la vie. Quant à l'infortunée fillette, il était déjà trop tard. Trop faible pour résister longtemps à l'asphyxie, elle ne donnait plus aucun signe de vie. »

10. *Ecrasée par un omnibus.* — Une femme gesticulait hier,

après-midi, sur le boulevard des Capucines et, par ses propos incohérents, amassait les curieux autour d'elle.

Tout à coup, elle s'écria :

— En vérité je vous le dis, le Christ est en moi. Ma force est invincible !

Et, comme les passants riaient d'un air moqueur, elle répliqua :

— Vous riez. Vous ne voulez pas me croire. Eh bien, voilà la preuve.

Avant qu'on eût eu le temps de la retenir, la pauvre femme s'élançait au milieu de la chaussée encombrée de voitures, se plaçait devant un omnibus Madeleine-Bastille qui allait au grand trot, et, croisant les bras sur la poitrine, disait :

— Arrière, démon ! Je t'interdis d'avancer !

Mais, au moment où elle proférait la dernière syllabe, le timon la frappait en pleine poitrine. La pauvre femme roula par terre et l'omnibus lui passa sur le corps.

Cette femme, qui se nomme Madeleine Tourraine et s'était échappée le matin même de l'hospice de la Salpêtrière, y a été reconduite dans un état grave, par les soins de M. Tanguy, commissaire ds police. (*Le Temps*, numéro du dimanche 23 décembre 1900.)

11. *Morte de froid*. — M<sup>me</sup> Marie B..., femme B..., atteinte d'*aliénation mentale* a été trouvée morte mercredi matin, vers 8 heures, sur la levée du canal, à Decize ; elle n'était vêtue que de sa chemise et de ses bas.

M. le docteur Régnier a déclaré que M<sup>me</sup> B... était morte d'inanition et de congestion causée par le froid (*Le Progrès de la Nièvre*, numéro du mardi 25 décembre 1900).

#### TRIBUNAUX

*La galanterie d'un chef de gare*. — Sous ce titre, le *Petit Temps* (numéro du mercredi 12 décembre 1900) rapporte le fait suivant :

Voici un jugement que vient de rendre la quatrième chambre du tribunal civil, présidée par M. Séré de Rivières, et qui mérite d'être reproduit *in extenso*. Les faits y sont suffisamment exposés pour que tout préambule soit inutile :

Le tribunal,

Attendu que, par exploit du 23 septembre 1899, les époux X... ont formé contre la compagnie de l'Ouest une demande en paiement de 5.000 francs de dommages-intérêts pour réparation du préjudice qu'ils ont éprouvé par suite d'une arrestation dont la dame X... a été l'objet dans la nuit du

26 janvier 1899, sur la réquisition du chef de gare de B... qui l'a dénoncée à tort comme étant en état d'ivresse;

Attendu qu'il résulte de l'enquête à laquelle il a été procédé par le juge de paix du canton que la dame X..., dont la sobriété en toute circonstance est attestée notamment par le commissaire de police, est atteinte d'une maladie nerveuse dont elle souffrait à la date sus-indiquée;

Attendu que la crise a été déterminée, par une contestation avec l'employé chargé de délivrer les billets, lequel a brusquement fermé son guichet en gardant par devers lui et le billet et la pièce de 20 francs déposée sur la tablette par la dame X... et en l'apostrophant en ces termes : « Vous êtes en état complet d'ivresse ».

Attendu qu'avec un peu plus d'attention et d'humanité le chef de gare aurait pu se rendre compte de l'état véritable de la dame X..., en proie à une attaque de nerfs provoquée par la crainte de manquer le train, à cette heure tardive, et par la brutalité du procédé qu'elle venait de subir;

Attendu que la responsabilité de la Compagnie est engagée par la faute des agents qu'elle emploie;

Attendu qu'il appert d'un certificat médical qu'à la suite de ces événements les crises nerveuses auxquelles la dame X... est sujette ont redoublé de fréquence et d'intensité pendant un certain temps et ont exigé des soins spéciaux;

Qu'en tenant compte de tous les éléments de la cause, et notamment du scandale dont la dame X... a été la victime, le tribunal a les éléments pour fixer à la somme de 1.000 francs le montant du préjudice subi;

Par ces motifs :

Condamne la Compagnie de l'Ouest à payer aux époux X... la somme de 1.000 francs à titre de dommages-intérêts et à tous les dépens.

Ce jugement a été rendu après plaidoiries de M<sup>e</sup> Cointe pour les demandeurs et de M<sup>e</sup> Maurice Duverdy pour la Compagnie de l'Ouest.

#### FAITS DIVERS

*Un député « irresponsable »*. — Nos lecteurs se rappellent l'histoire, relatée dans notre dernier numéro, de ce médecin, qui, quoique « irresponsable », fut élu au Grand Conseil du canton de Neuchâtel (Suisse); elle a eu une suite.

Dans sa séance du mercredi 21 décembre 1900, le Grand Conseil s'est occupé de la validation de cette élection. Un des députés, M. Henri Calame, donne lecture du rapport de la majorité de la commission chargée de vérifier les pouvoirs du nouvel élu. Ce rapport constate que les opérations électorales des

13 et 14 octobre dernier ont été régulières et que le D<sup>r</sup> F... a été nommé député au Grand Conseil par 1.538 suffrages sur un chiffre total de 8.000 électeurs. Mais le D<sup>r</sup> F... était-il éligible? La Constitution neuchâteloise prive de leurs droits civiques les interdits et ceux qui sont sous le poids d'une sentence infamante. La réponse affirmative du jury au sujet des faits délictueux reprochés au D<sup>r</sup> F... ne constitue-t-elle pas une sentence infamante en dépit de la déclaration d'irresponsabilité? Les juristes sont unanimes à répondre négativement, et c'est pourquoi la majorité de la Commission, s'en tenant à la lettre de la Constitution, présente un projet de décret concluant à la validation de l'élection du D<sup>r</sup> F..., pour le cas où le Grand Conseil admettrait cette manière de voir; mais la commission n'en recommande pas autrement l'adoption.

Ce rapport soulève une discussion assez confuse, à laquelle le député « irresponsable » prend part et qui s'est terminée par la validation de son élection. Au scrutin, 85 députés se sont abstenus; l'élection n'a été validée que par 16 voix contre 2. Félicitons ces deux députés qui ont eu le courage de leur opinion et ont nettement refusé de ratifier une élection contre laquelle protestent la raison et le bon sens.

*Assassinat d'un aliéné par les infirmiers dans un asile de New-York.* — On lit dans le *Temps* (numéro du jeudi 20 décembre 1900) :

« Sur la requête du consul de France, à New-York, on a arrêté, hier, trois infirmiers de l'asile des fous de Bellevue accusés d'avoir brutalisé et étranglé un pensionnaire français, nommé Louis Hilliard.

« L'enquête faite a révélé des faits scandaleux. Les malheureux malades dont la famille ne se montrait pas assez libérale pour les gardiens étaient soumis à toutes sortes de violences dont on a trouvé les traces sur le corps de la plupart d'entre eux. Pour les calmer on leur faisait absorber des doses de morphine et de narcotique qui les achevaient. »

*Ecole des Hautes-Etudes.* — Le laboratoire de psychologie expérimentale, institué dans le service de M. Toulouse, à l'asile de Villejuif est ouvert aux élèves, qui y sont exercés, sous la direction de M. Vaschide, chef de travaux, et d'autres spécialistes, à l'examen des malades et aux diverses manipulations de la psychologie expérimentale. Des conférences seront faites par M. Toulouse et ses collaborateurs. On est prié de se faire inscrire pour prendre part aux travaux pratiques qui sont gratuits..

*Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.*

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



# L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

## Psychologie morbide.

HISTOIRE

DES

## SUGGESTIONS RELIGIEUSES

DE FRANÇOIS RABELAIS

Par le Dr Charles BINET-SANGLÉ

*Suite (1).*

---

### CHAPITRE XII

PREMIÈRE SUPPLIQUE DE FRANÇOIS RABELAIS AU PAPE

Ce qui devint ce premier livre du roman rabelaisien parut, à ce qu'il semble, en l'année 1535 (40 ans).

Dans ce livre, François Rabelais attaque avec vigueur

---

(1) Voir les *Annales* de juillet-août, septembre-octobre, novembre-décembre 1900 et janvier-février 1901.

les théologiens de la Sorbonne qui l'ont condamné : « Raison ? fait-il dire à l'un d'eux, Janotus de Bragmardo, nous n'en usons point céans. Traistres, malheureux, vous ne valez rien. La terre ne porte gens plus méchants que vous estes. Je le scay bien : ne clochez pas devant le boyteulx. J'ai exercé la meschancheté avec vous (1) ». Les précepteurs de Gargantua sont des sorbonnistes. Or, leur savoir n'est que « besterie et bouffissures, abastardissant les bons et nobles esprits, et corrompant toute fleur de jeunesse (2) ». J'ai déjà cité quelques traits satiriques sur les moines, empruntés à ce livre. Le suivant vient à l'appui de ce que j'ai écrit naguères sur les effets hypnotiques des sermons et de la musique religieuse (3). « Gargantua ne pouvoit dormir en quelque façon qu'il se mist. Dont lui dist le moyne : je ne dors jamais à mon aise sinon quand je suis au sermon, ou quand je prie Dieu. Je vous supplie, commençons vous et moy les sept Pseaulmes pour veoir si tantost ne serez endormy. L'invention pleut très bien à Gargantua, et, commençant le premier Pseaulme, sur le point de *Beati quorum*, s'endormirent et l'ung et l'autre (4) ».

François Rabelais ne croit plus, s'il y a jamais cru, aux vertus que l'on prête aux saints.

« O, dit Grandgousier à des pèlerins, pauvres gens, estimez-vous que la peste vienne de Saint-Sébastien ? — Ouy vraiment (respondit Lasdaller), nos prescheurs nous l'affermant. — Oui (dist Grangousier), les faulx Prophètes vous annoncent-ils tel abus ? Blasphèment-ils en ceste façon les justes et Saints de Dieu, qu'ils les

(1) I, 20.

(2) I, 15.

(3) Binet-Sanglé. Les lois psychologiques de l'hiérogénie (in *Rev. de l'hypn.*, 1899-1900).

(4) I, 41.

font semblables aux diables... Ainsi preschoit à Sinays ung Caphart, que Saint Antoine mettoit le feu ès jambes, Saint Eutrope faisoit les hydropiques, Saint Gildas, les fols, Saint Genou, les gouttes. Mais je le punis en tel exemple, quoy qu'il m'appelast hérétique, que depuis ce temps Caphart quiconques n'est ausé entrer en mes terres. Et m'esbahis si votre Roy le laisse prescher par son Royaulme tels scandales. Car plus sont à punir que ceulx qui par art magique ou aultre engin auraient mis la peste par le pays. *La peste ne tue que les corps, mais tels imposteurs empoisonnent les âmes* (1). » Ce qui ne l'empêche pas de nous citer des saints qui ne figurent dans aucun calendrier, tels que « sainte Andouille, saint Foutin l'apôtre, saint Vit ».

Il lui échappe même des plaisanteries équivoques au sujet de Joshua. Tel franc buveur qui prononce *Venite apotemus* pour *Venite adoremus*, s'oublie jusqu'à s'écrier : « J'ay la parole de Dieu en bouche : Sitio (2) ». De son côté frère Jean des Entommeurs assure que son « baston de croix fera diables » ; et le précepteur de Gargantua le suit « ès lieux secrets » pour lui expliquer « les poincts plus obscurs et difficiles (3) » de l'Ecriture. Mais aussi, aux jours de pluie, le même Gargantua va écouter « les plaidoyez des gentils Avocats, les concions des prescheurs Evangeliques (4) », des « bons prescheurs Evangeliques » est-il dit encore ailleurs. Et, à propos des supplices des protestants, au snjet de Jean Caturce brûlé à Toulouse, il « souspire profondément » et dit : « Ce n'est de maintenant que les gens réduicts à la créance Evangelique sont persecutez. Mais bienheureux est celui qui ne sera scandalizé, et qui toujours tendra au but, et au blanc,

(1) I, 45.

(2) I, 5.

(3) I, 23.

(4) I, 24.

que Dieu par son cher fils nous a préfix (1). » « J'aime beaucoup mieux ouïr, dit Gargamelle, telz propos de l'Evangile, et mieulx m'en trouve, que de ouïr la vie de sainte Marguerite ou quelque autre capharderie (2). » « Vivez, dit encore Grandgousier, comme vous enseigne le bon Apostre S. Paul (3). » Enfin, sur la porte de l'abbaye de Thélème sont gravés ces vers :

« Cy entrez, vous qui le Saint-Evangile  
En sens agile annoncez, quoy qu'on gronde...  
Entrez, qu'on fonde icy la foy profonde (4). »

Ce sont, je le répète, les idées et les sentiments de Martin Luther. Nous les retrouvons encore dans cette conception de Dieu et de la grâce déjà esquissée : « J'ay congneu (c'est Grandgousier qui parle de Picrochole) que Dieu éternel l'ha laissé au gouvernail de son franc arbitre et propre sens, qui ne peult estre que meschant, si par grâce divine n'est continuellement guidé (5). » Et l'on lit, à propos des prédictions, dans l'almanach que François Rabelais publia pour cette année 1536 : « Il faut se déporter de cette curieuse inquisition au gouvernement invariable de Dieu tout puissant, qui a tout créé et dispensé selon son sacré arbitre, requérant sa sainte volonté être continuellement parfaite, tant au ciel comme en la terre. »

Encore cette foi luthérienne, François Rabelais, devenu un homme d'observation et de raisonnement, ne l'avait-il pas et ne pouvait-il l'avoir profonde. En effet, à une époque où les religieux chantaient à l'office :

« Gaude virgo, mater Christi,  
Quæ per aurem concepisti, »

(1) I, 58.

(2) I, 6.

(3) I, 45.

(4) I, 54.

(5) I, 29.



il nous montre Gargamelle accouchant de Gargantua par l'oreille. « Je me doute que ne croyez asseurement ceste estrange nativité. Si ne le croyez, je ne m'en soucie ; mais ung homme de bien, ung homme de bon sens croyt tousjours ce qu'on luy dict et qu'il trouve par escript. Ne dict Salomon, *Proverbiorum XIV : Innocens credit omni verbo*, etc.? Et saint Paul, *primæ Corinthior. XIII : Charitas omnia credit*? Pourquoi ne le croiriez-vous? Pour ce, dictes-vous, qu'il n'y a nulle apparence. Je vous dy que, pour ceste seule cause, vous le devez croire, en foy parfaicte. Car les Sorbonnistes disent que foy est l'argument des choses de nulle apparence. » On ne peut être à la fois plus sensé et plus spirituel.

Dès lors, il nous est permis de douter de l'absolue sincérité de la supplique que François Rabelais, revenu à Rome en la compagnie de Jean du Bellay, cardinal depuis 1535, adressa cette année même au pape Alessandro Farnèse (Paul III). Dans cette « *supplicatio pro apostasia* », il confesse sa désertion de la vie monastique et demande une absolution pleine et entière, ainsi que la permission de reprendre le costume bénédictin, de rentrer dans un monastère de cet ordre, et de pratiquer la médecine dans les limites imposées canoniquement aux religieux, c'est-à-dire à la condition de n'employer ni le fer ni le feu. Deux cardinaux italiens, Geronimo Ghinucci, juge du palais, et Simonetta, auditeur de la Chambre, appuyèrent sa requête, et, le 17 janvier 1536, il était absous par un bref du pape : « Voulant avoir égard au zèle pour la religion, à la science et à la littérature, à l'honnêteté de la vie et des mœurs qui vous recommandent, touché par vos supplications, nous vous absolvons, etc. »

Pour bien comprendre cette supplique, il faut se reporter à la correspondance que François Rabelais entre-

tint cette année même avec l'évêque Geoffroy d'Estissac, qu'il appelle « son très bienfaisant Mécène ». Il lui écrit, en effet, à propos de cette affaire : « M. le cardinal du Bellay et M. de Mascon (1) m'ont assuré que la composition me sera faite gratis. Combien que le pape, par usance ordinaire, ne donne gratis, fors ce qui est expédié *per Cameram*. Restera seulement à payer les reférendaires, procureurs et autres tels barbouilleurs de parchemin. Si mon argent est court, je me recommanderay à vos aumosnes. » Et ailleurs, bien qu'il ne lui en ait coûté « que l'expédition des bulles » : « Je suis contraint de recourir encore à vos aumosnes. Car les trente escus qu'il vous pleut me faire icy livrer sont quasi venuz à leur fin, et si n'en ay rien despendu en meschanceté, ny par ma bouche ; car je boy et mange chez M. le cardinal du Bellay ou M. de Mascon. »

Si l'on rapproche ces passages de ce fait que Jean du Bellay était abbé de l'abbaye bénédictine de Saint-Maur-des-Fossés, on arrive à cette conclusion que François Rabelais, à court d'argent, ne cherchait à redevenir moine et bénédictin que pour avoir sa vie mieux assurée.

D'ailleurs, dans cette correspondance, il se montre assez irrespectueux à l'égard des papes : « Vous demandez si le seigneur Pierre Louys (Pietro Luigi Farnèse) est légitime fils ou bastard du pape. Sachez que le pape jamais ne fut marié. C'est à dire que le susdit est véritablement bastard. » Et il raconte l'adultère du pape Rodrigò Borgia (Alexandre VI) avec Julia Farnèse, sœur d'Alessandro Farnèse (Paul III), adultère qui fit la fortune de ce dernier ; car Julia Farnèse ayant été tuée par un cousin de son mari instruit de l'intrigue, Rodrigò Borgia, « pour apaiser le grief et

---

(1) Charles Hémard, évêque de Mâcon.

dueil » d'Alessandro, « le fit cardinal estant eucoures bien jeune, et luy fit quelques autres biens ». Cardinal, Alessandro Farnèse suivit l'exemple de son protecteur et « entretint une dame romaine de la case Ruffine », de laquelle il eut une fille et un fils. La fille eut un fils « qu'on appelle cardinal de Sainte-Flour », et le fils, Pietro Luigi Farnèse, eut plusieurs enfants, « et entre autres, le petit cardinalicule Farnèse, qui a esté fait vice-chancellier par la mort du feu cardinal de Médicis ». Dès lors, il est évident que François Rabelais n'avait plus aucune illusion sur la sainteté des papes et des cardinaux de son temps.

Dans d'autres épîtres, il montre plus de prudence. C'est aiusi qu'après s'être embarqué dans une critique de la cour de Rome, où « il n'y a procès tant équitable qui ne se perde quand on ne le sollicite », il s'arrête tout court disant : « Faute de chiffre m'engarde de vous en escrire davantage. »

Aussi reste-t-il en bons termes avec la maison des papes, et peut-il recommander, en même temps que ses propres affaires, celles de Geoffroy d'Estissac et des religieux de Maillezais. Il avait alors pour maître d'arabe l'évêque de Caramith.

Le 17 août 1536, François Rabelais était à l'abbaye de Saint-Maur-des-Fossés. Il est probable qu'il ne s'y trouvait que comme invité de Jean du Bellay, et non encore en qualité de bénédictin.

## CHAPITRE XIII

### FRANÇOIS RABELAIS PARMİ LES HÉRÉTIQUES

Ce fut à Lyon, au cours des divers séjours qu'il y fit entre 1529 et 1538, mais sans qu'on puisse fixer exactement les dates, que François Rabelais fit la connaissance d'Etienne Dolet, de Clément Marot, de Bonaven-

ture des Périers, de Maurice Scève, de Charles Fontaine et de Mellin de Saint-Gelais.

Etienne Dolet avait été, en 1529, secrétaire de Jean du Bellay, alors évêque de Limoges, qui l'avait envoyé étudier à ses frais le droit civil à Toulouse. En 1533, il avait été jeté en prison pour irréligion et sédition ; mais il en avait été quitte, grâce à l'intervention de protecteurs puissants, dont l'un était Jean de Pins, évêque de Rieux, pour un arrêt de bannissement. Il s'était retiré à Lyon, et s'y était lié avec Sébastien Gryphe, auquel Jean de Boysonné l'avait adressé. En 1535, il était devenu l'ami de Clément Marot.

En 1535 ou 1536, il reçoit de François Rabelais, alors à Rome, la recette du garum des anciens.

En 1537, il tue un homme dans une querelle et est emprisonné. Relaxé, grâce à l'intervention du cardinal François Pons (1) (dit de Tournon), lieutenant général du Lyonnais, il va à Paris demander sa grâce au roi et, à cette occasion, ses amis lui offrent un banquet auquel assiste François Rabelais.

A ce banquet assistaient également :

Guillaume Budé ;

Nicolas Bérauld, précepteur des Coligni, ami de Gérard Praet fils et de Louis de Berquin, et dont le fils François Bérauld embrassa le calvinisme ;

Pierre Danès, élève de Jean de Lascaris et de Guillaume Budé, plus tard évêque de Lavaur et représentant de l'épiscopat français au concile de Trente ;

Jacque Toussaint, élève de Guillaume Budé et ami de Gérard Praet fils ;

Jean Salmon, dit Macrin, secrétaire de Jean du Bellay, protégé du cardinal Bouhier et auteur de poésies religieuses, mais dont le fils embrassa la Réforme ;

---

(1) Nom du plus ancien ancêtre connu des de Tournon.

Nicolas Bourbon, ami de François Rabelais, précepteur de Jeanne Amanieu (1) (dite d'Albret), fille de Marguerite Witikind (dite de Navarre), amie des réformistes ;

Jean Voulté ;

Clément Marot.

On salua par des acclamations bruyantes, nous raconte Etienne Dolet (2), les noms :

D'Erasme (Gérard Praet fils) ;

De Mélanchton (Philippe Schwarzerd), prosélyte de Gérard Praet fils, collaborateur et défenseur de Martin Luther, et auteur du premier traité de dogmatique protestante ;

De Pietro Bembo, secrétaire intime du pape Giovanni de Médici (Léon X), cardinal sous le pape Alessandro Farnèse, évêque de Gubbio et de Pergame, mais aussi ami et peut-être amant de Lucrèce Borgia, et à coup sûr amant de la belle Morosina, qui lui donna trois enfants ;

De Jacopo Sadolepo (Sadolet), évêque de Carpentras, secrétaire des brefs et camérier du pape Giovanni de Médici, secrétaire des brefs et membre du conseil privé sous le pape Giulio de Médici (Clément VII), membre sous Alessandro Farnèse de la commission chargée de discuter les réformes à apporter dans la discipline ecclésiastique, cardinal depuis l'année précédente, plus tard légat du pape en France et membre du concile de 1546, adversaire de Martin Luther, mais aussi partisan de la Réforme par l'Église elle-même, intercesseur auprès de François Witikind pour les Vaudois, et auteur d'un *Commentaire sur les Epîtres de Saint-Paul* qui fut condamné comme contenant des propositions suspectes ;

Du poète Vida, chanoine, prieur, puis évêque, auteur d'un poème intitulé *La Christiade* ;

---

(1) Nom du plus ancien ancêtre connu des d'Albret.

(2) *Doletii carmina*, 1538.

Du poète Jacopo Sannazaro (Jacques Sannazar), auteur d'un ouvrage sur l'accouchement de la Vierge qu'il appelait l'*Espoir des dieux*, et dans les mains de laquelle il mettait, au lieu de psaumes, des vers des sibylles.

En 1538, Étienne Dolet obtient, grâce au cardinal François Pons (de Tournon), un privilège d'imprimeur, édite le *Gargantua* de François Rabelais, les œuvres de Clément Marot déjà parues chez Sébastien Gryphe, et un certain nombre d'ouvrages hérétiques. D'ailleurs il frayaient avec des protestants avérés, et avait déjà composé des épigrammes contre les moines. En 1542, la Faculté de théologie censure ses ouvrages, et ceux de ses clients. Convaincu d'être « schismatique, hérétique, fauteur et défenseur des hérétiques », il est arrêté, incarcéré dans la prison de l'archevêché de Lyon, et condamné au supplice du feu. Livré à la justice séculière, il est transféré à Paris, à la Conciergerie, où il reste quinze mois. En 1543, le Parlement rend un arrêt qui condamne « à être brûlés, mis et convertis ensemble en cendre, comme contenant damnable, pernicieuse et hérétique doctrine » trois de ses ouvrages, et un certain nombre de livres édités par lui, entre autres les œuvres de Philippe Schwarzerd et de Jean Calvin. Mais il demande au roi des lettres de grâce, et, par la faveur d'un homme auquel il avait dédié ses *Gestes du roy*, l'un des ouvrages condamnés, Pierre du Chastel, évêque de Tulle, lecteur du roi et ami de François Rabelais, il les obtient sous la condition d'abjurer ses écrits devant l'official de l'évêque de Paris. Comme son ami Jean de Boyssonné, il abjure tout ce qu'on veut, est relaxé, revient à Lyon, est réemprisonné pour la même cause, s'échappe, est repris et réincarcéré à la Conciergerie en 1544. Cette fois il y reste deux ans ; et en 1546, reconnu coupable de blasphème, sédition et exposition de livres

prohibés et damnés, il est soumis à la question extraordinaire, puis pendu et brûlé sur la place Maubert. Ses biens sont confisqués et acquis au roi. Le savant qui écrira le premier traité de pathologie sociale ne manquera pas de tenir compte de ces faits.

Clément Marot était de trente-deux ans plus âgé que François Rabelais. Dès 1524, il avait manifesté des tendances anticatholiques. Enfermé au Châtelet en 1525, il n'avait pas hésité à envoyer une déclaration d'orthodoxie à l'inquisiteur Bouchar. Transféré en 1526 dans la prison de Chartres, il avait été réclamé par Gaillard, évêque de cette ville, dont le neveu se rallia d'ailleurs à la Réforme, et qui, sous couleur de le retenir prisonnier, lui donna l'hospitalité. Relaxé, il avait été de nouveau arrêté en 1532, puis remis en liberté grâce à l'intervention d'une amie des réformistes, Marguerite Witikind (de Navarre). En 1534, il avait été impliqué dans l'affaire des placards affichés contre le mystère des autels, et une perquisition faite chez lui ayant fait découvrir des livres de magie, de nécromancie et de cabale, il avait été cité à comparaître ; mais il avait pris la fuite. A Ferrare, chez Renée Witikind (de France), une autre amie des réformistes, il avait fait la connaissance de Jean Calvin, qui mit plus tard une préface à sa traduction des *Psaumes*. En 1536, à Lyon, où il était reçu dans le petit cercle poétique que présidait Maurice Scève, le cardinal François Pons (de Tournon) l'avait obligé à abjurer le calvinisme, ce qu'il avait fait d'ailleurs avec la plus parfaite bonne grâce.

Bonaventure des Périers avait pris, en 1536, la défense de Clément Marot contre François de Sagon, secrétaire de l'abbé de Saint-Ebvout, qui l'accusait d'irréligion. En 1538, un arrêt du parlement de Paris ayant supprimé son *Cymbalum mundi* comme contenant « grands abus et hérésies », il avait dû fuir et s'était

réfugié à Lyon. Le livre fut déferé à la Faculté de théologie, qui en prononça à son tour la suppression comme pernicious. Bonaventure des Périers fut ensuite dénoncé comme athéiste par François de Sagon; et Paul Lacroix pense qu'il se suicida, en 1544, pour échapper à un procès de religion. Il avait pris une certaine part à la traduction de la Bible par Pierre-Robert Olivetan.

Maurice Scève consacra aussi une partie de son œuvre à la religion. Il raconte dans son *Microcosme* la création et la chute de l'homme, le triomphe de l'Évangile, etc. Un de ses parents, Jean Scève, était prieur de Montrotier.

Charles Fontaine, plus jeune que François Rabelais de dix-huit ans, avait fait ses études à Paris sous Pierre Danès. Comme Clément Marot, il était dans les bonnes grâces de Renée Witikind et, comme Bonaventure des Périers, il prit contre François de Sagon la défense de Clément Marot. Il composa des sixains pour servir à l'intelligence de l'Ancien Testament.

Quant à Mellin de Saint-Gelais, on sait peu de chose sur lui, sinon qu'il était prêtre et théologien.

Tels étaient les amis de François Rabelais. C'étaient des hommes fort intelligents et fort instruits. Aussi n'étaient-ils pas pour la plupart catholiques orthodoxes.

Ce n'étaient point non plus des protestants avérés. Hésitants, sinon sceptiques, ils balançaient entre deux ordres de suggestions religieuses contraires, passant de temps à autre par la ligne d'équilibre, qui est la raison.

(A suivre.)

---



---

# Pathologie

---

## LA FOLIE DES FOULES

### NOUVELLE CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FOLIES ÉPIDÉMIQUES AU BRÉSIL

Par le Dr NINA RODRIGUES

Professeur de médecine légale à la Faculté de Bahia.

*Suite (1):*

---

### III

Le déséquilibre mental, la folie même est un fait qui se produit fréquemment chez les meneurs de foules, fait bien connu et parfaitement établi.

« Ils (les meneurs) se recrutent surtout, dit Gustave Le Bon (2), parmi ces névrosés, ces excités, ces demi-aliénés qui côtoient les bords de la folie. » Mais l'existence de la vraie folie dans un grand nombre d'épidémies psychiques n'en est pas moins indiscutable.

Le rôle de la folie dans les grandes révolutions politiques et sociales a été l'objet de profondes études dont l'appréciation ne serait pas ici à sa place. En nous bornant aux champs où s'exerce la clinique mentale; en nous bornant à la question spéciale des foules, qui nous occupe en ce moment, nous avons, pour nous appuyer,

---

(1) Voir les *Annales* de janvier-février 1901.

(2) Gustave Le Bon. *Psychologie des foules*, 1896, p. 105.

le témoignage d'un nom autorisé qui confirme la vérité que nous proclamons, celui d'un aliéniste qui, par ses fonctions médico-administratives, a été à même de puiser dans ses observations directes et immédiates les preuves les plus convaincantes pour l'établir avec éclat.

Au troisième Congrès d'anthropologie criminelle tenu à Bruxelles, le D<sup>r</sup> Paul Garnier, parlant à propos du rapport de M. Tarde sur les crimes des foules, s'exprimait ainsi (1) : « Il y a participation fréquente et active de véritables aliénés dans les rassemblements tumultueux, dans les mouvements populaires. Par la nature de mes fonctions, j'ai été appelé à examiner un certain nombre d'individus ayant joué un rôle important dans les émeutes ou insurrections. Ce n'est pas sans quelque surprise que l'on constate que la foule a obéi à de véritables insensés qui, plus tard, viennent échouer dans un asile d'aliénés, alors que, le calme étant revenu dans les esprits, leur exaltation détonne et se décèle assez aisément. Un événement qui provoque un émoi profond dans une nation est comme le coup de clairon qui rassemble, en hâte, l'armée des déséquilibrés. Ce sont les plus excités d'entre eux, — souvent de véritables délirants, — qui vont fasciner la foule par leurs propos enflammés, et déjà les voilà à la tête du mouvement. Leur audace en impose, et cette audace s'augmente naturellement de leur imprévoyance, de leur inconscience du danger. »

Mais, en mettant à part les meneurs déséquilibrés névropathes et vraiment aliénés, n'est-il pas possible que l'état de foule provoque une manifestation de folie transitoire parmi des individus normaux prédisposés par leur tempérament ?

---

(1) Paul Garnier. *Actes du troisième Congrès intern. d'Anthr. Crim.*, Bruxelles, 1893, p. 377.

L'étude des passions humaines démontre que leur violence peut provoquer un véritable état délirant transitoire pendant lequel l'individu perd tout discernement et la conscience de ses actes.

Bonnano (1) fait remarquer que les passions ont été considérées, avec une égale exagération, comme des phénomènes toujours normaux par les uns, et par d'autres comme des phénomènes toujours pathologiques. Mais, abstraction faite de ces opinions si diamétralement opposées, nous voyons les psychologues et les aliénistes d'accord pour reconnaître la facilité avec laquelle les émotions violentes se changent en de véritables états morbides.

Krafft-Ebing (2), qui a étudié avec un soin tout particulier les folies transitoires, assure, en ce qui touche les émotions, que « les processus émotifs peuvent atteindre une intensité anormale et demander beaucoup de temps pour disparaître. On parle alors d'émotions pathologiques. Une émotion paraît d'une intensité anormale quand la personne atteinte perd connaissance et que ses réactions motrices perdent le caractère d'actes volontaires. Une émotion pathologique peut durer plusieurs heures et même plusieurs jours. Rigoureusement, il ne s'agit plus ici d'émotions mais d'un trouble mental transitoire provoqué par le choc émotif. »

« Je ferai remarquer, a dit M. Charpentier à la neuvième session du Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes tenue à Angers en août 1898 (3), que toutes les émotions, toutes les passions peuvent produire par elles-mêmes un délire transitoire, et cela

---

(1) Bonnano. *Il delinquente per passione*, février 1876, p. 21.

(2) Krafft-Ebing. *Traité clinique de psychiatrie*. Trad. par E. Laurent, Paris, 1897, p. 258.

(3) *La Semaine médicale*, 1898, p. 340.

en dehors de la dégénérescence mentale acquise ou héréditaire, en dehors de l'épilepsie, des intoxications et de tout traumatisme ou maladie appréciable. » Et M. Régis : « Symptomatiques ou non, ils n'en sont pas moins des troubles psychiques transitoires ou éphémères, précédés et suivis de l'état de raison, et qui, au point de vue médico-légal, sont très délicats à apprécier. »

Les exemples abondent. M. le Dr A. Ritti (1) a publié, il y a quelque temps, l'observation d'un cas de folie survenu à la suite d'une émotion morale et qui a duré à peine vingt-quatre heures. On connaît aussi de nombreux cas de véritable ivresse produite par des émotions.

« Les anciens, dit M. Ribot (2), définissaient la colère une courte folie, ce qui la placerait d'emblée et intégralement dans la pathologie. Sans restriction, cette formule est inacceptable. Tant que la colère n'est un mal ni pour l'individu ni pour les autres, elle est normale ; elle est même utile, car l'animal ou l'homme dénué de tout instinct de défense active et de représailles serait bien pauvrement armé. Toutefois il faut reconnaître que le champ de la colère normale est bien restreint et qu'aucune émotion ne devient plus rapidement morbide. »

On comprend, dès lors, que l'intensité des émotions, exagérée par l'accroissement des agglomérations et par la répercussion suggestive des sentiments qui dominent la foule, et qui se produit chez les meneurs, soit suffisante pour transformer la colère des chefs de foule en un état franchement pathologique. La prédisposition se trouvera naturellement parmi ces individus d'inhibition peu développée et peu durable que les anciens nom-

---

(1) A. Ritti. Folie transitoire à la suite d'une violente émotion morale, *Ann. méd.-psych.*, mars 1880.

(2) Th. Ribot. *La psychologie des sentiments*, Paris, 1896, p. 220.

maient « tempérament colérique » et auxquels Fouillée (1) a donné le nom « d'actifs à réaction prompte et intense ».

#### IV

Connaître l'influence que peut exercer sur la foule, sur les *menés*, l'état délirant des meneurs, et établir si là aussi il est juste d'admettre le développement d'un état pathologique, est un point important. Nous allons essayer d'y arriver.

Certains auteurs ont traité de la question de la transmission de la folie des meneurs à la multitude, mais sans développements, dans un sens plutôt métaphorique que réel, et en tout cas sans chercher à déterminer la nature et la valeur de la folie collective transmise.

Sighele réduit le phénomène en son entier au développement d'un état de passivité hypnotique, comparable à celui que la suggestion développe chez les individus hypnotisés.

Quelques écrivains, tout en adoptant des opinions semblables, sont encore moins explicites.

Il est de toute évidence cependant que l'on ne peut toujours exclusivement réduire la contagion mentale à la suggestion, pas plus que l'état morbide développé par elle à une simple passivité hypnotique.

Dans la contagion mentale chez un prédisposé, la suggestion peut se borner à développer un état pathologique, une vraie maladie, qui, une fois déclarée, évolue à sa façon particulière avec toutes les modifications que lui impose la constitution physique et mentale du sujet. C'est une situation qui donne à ces maladies une autonomie clinique bien connue et qui ne permet pas qu'on

---

(1) Fouillée. *Tempérament et caractère selon les individus, les sexes et les races*. Paris, 1895.

réduise ses réactions à la simple reproduction d'une suggestion reçue.

Prenons pour exemple une maladie que tout le monde connaît et dont le pouvoir contagieux est indiscutable : l'hystérie. Nous verrons que le délire hystérique développé par suggestion se conforme à la marche clinique des délires hystériques provoqués par d'autres causes. La suggestion devient ainsi un véritable agent provocateur de la maladie et ne peut que continuer à exercer sur ses symptômes et sa marche une influence d'orientation dans un sens déterminé.

Dans la contagion mentale il y a un état pathologique réel, développé chez le suggestionné et qui, au point de vue de la responsabilité pénale, lui donne droit à des exemptions, à des privilèges égaux à ceux dont il jouirait dans le cas où il aurait agi sous l'empire d'une maladie quelconque.

. Il faut, pour démontrer cette vérité, distinguer les cas de contagion rapide, aiguë, de ceux où la contagion est lente, retardée, préparée par une action prolongée de l'incube sur le succube. Cette distinction a une base psychologique bien établie ; elle correspond, dans l'état morbide, aux deux manières par lesquelles se transmettent au moyen de la contagion les délires systématisés et les folies générales non systématisées ; — dans l'état normal des foules, aux deux types selon lesquels se constituent d'un côté les foules organisées et de l'autre les foules hétérogènes.

A) Dans la contagion lente, où la folie à deux représente les formes les plus simples, le développement d'un véritable état de folie chez le sujet atteint est facile à démontrer.

Sans doute, Lasègue et Falret avaient déclaré que l'individu passif est un *faux malade*, un aliéné par simple reflet, et que seul l'individu actif est vraiment

aliéné. Mais les études postérieures au mémoire de Lasègue et Falret, en complétant la connaissance de la folie à deux, ont permis de reconnaître qu'il y a lieu de distinguer chez elle trois formes cliniques principales : 1° *la folie imposée*, type Lasègue-Falret ; 2° *la folie simultanée*, type Régis ; 3° *la folie communiquée*, type Marandon de Montyel.

En ce qui touche les deux derniers cas (folie simultanée et folie communiquée), l'existence d'une vraie folie chez l'individu qui a été soumis à la contagion ne laisse aucun doute. Mais en ce qui a trait au cas de folie imposée, Régis et Marandon de Montyel ont défendu et soutenu l'opinion de Lasègue et Falret, en prétendant que les succubes ne sont pas de vrais aliénés. Cette thèse a été largement développée.

C'est là un fait capital et dont la haute importance en faveur de la thèse que nous soutenons n'échappe à personne, attendu que dans les cas de psychose collective, la folie imposée est la forme clinique la plus fréquente. Or, en fait, la folie imposée n'est qu'un cas, une variété, une forme, un degré plus atténué de folie communiquée.

Arnaud affirme que la folie imposée et la folie communiquée ne se distinguent que par l'intensité de la transmission, par la persistance du délire chez le second malade après la séparation, et, selon lui, si ces deux formes présentent une *différence clinique* importante au point de vue psychologique, elles n'en doivent pas moins être réunies sous la dénomination de folie communiquée.

Il n'y a pas, en effet, de caractère distinctif formel, de criterium différentiel sûr, qui permette d'établir entre ces deux formes une différence essentielle. D'après Lunier et Baillarger, ce caractère différentiel se trouve dans le développement chez le succube d'une conviction

assez forte pour l'amener à pratiquer des actes répréhensibles ; d'après Marandon de Montyel et Régis, le développement de l'hallucination chez le succube constitue ce criterium. Mais le premier caractère ne fait qu'établir entre ces deux formes cliniques de la folie une simple différence de degré ; le second ne peut que servir à caractériser quelques cas de folie communiquée et non tous, puisque l'hallucination est un symptôme de la folie qui n'est ni constant, ni essentiel. Il présuppose en outre que la folie développée chez le succube sera forcément identique à celle de l'incube, supposition qui n'a aucun fondement, ainsi que nous le verrons plus loin, et que M. Marandon l'avait déjà démontré.

Cependant, dans la pratique, le criterium différentiel adopté est en général la durée de la folie imposée, plus longue dans celle-ci que dans la folie communiquée, dont la durée est transitoire ou courte.

Mais on ne voit aucune raison pour ne qualifier d'aliénation mentale que les cas de longue durée, et l'on ne saurait admettre que les prédisposés, les dégénérés surtout, ne puissent être atteints, par suite de folie imposée, de délires transitoires de courte durée, comme différentes autres causes peuvent les produire facilement chez eux. C'est ce que démontre clairement le cas suivant.

#### OBSERVATION I. — (D<sup>r</sup> Marcio Nery) (1).

*Paranoia persécutrice chez un dégénéré. — Épisode de folie à deux avec un frère également dégénéré et plus tard franchement persécuté-persécuteur.*

Antonio A. S., vingt et un ans, étudiant, fut interné en octobre 1893 à l'hospice national d'aliénés de Rio de Janeiro, étant atteint de délire de persécution systématisé.

Quelque temps auparavant, Antonio avait été frappé d'un accès de délire de persécution qu'il communiqua à un frère

---

(1) D<sup>r</sup> Marcio Nery : *Historia e pathogenia da paranoia*, Rio de Janeiro, 1894. Thèse d'agrégation, p. 59.



plus jeune. Sa conduite irrégulière faisait naître de continuelles disputes entre son père et lui ; sa vie se passait donc dans un état de lutttes incessantes. Un jour, il lui vint à l'esprit que, de complicité avec la cuisinière, soudoyée pour lui présenter des aliments empoisonnés, son père cherchait à se débarrasser de sa personne. Antonio imposa ses soupçons délirants à son frère puîné, également prédisposé, et qui consentit à l'aider à surveiller la cuisinière et à trouver la preuve des tentatives criminelles supposées.

Souffrant un jour de maux de tête, la cuisinière avait acheté un flacon de sel d'ammoniaque qu'elle respirait près du fourneau. Les deux frères qui la guettaient crurent la surprendre en flagrant délit d'empoisonnement. Ils se jettent sur elle, la rouent de coups et s'emparent du flacon qui, pour eux, constituait une pièce à conviction.

Ensuite, nantis de cette preuve qu'ils regardaient comme accablante, ils se retranchèrent dans la maison, armés de revolvers et résolus à ne plus consentir que leur père entrât au logis. A son retour, celui-ci leur ordonna vainement d'ouvrir la porte, il épuisa successivement les moyens persuasifs et violents ; il fallut réclamer le secours de la police qui escalada les murs et réussit à surprendre les deux frères au moment où ils s'y attendaient le moins.

Antonio fut interné dans une maison de santé et ne se rétablit de son délire que bien des mois après ; quelque temps après sa guérison, on dut l'interner de nouveau, cette fois à l'hospice où il se trouve actuellement.

Les deux frères ayant été séparés, les idées délirantes imposées au plus jeune disparurent complètement peu de temps après. Mais sa prédisposition était telle que peu d'années après la publication de cette observation par le D<sup>r</sup> Nery, il assassina son tuteur dans un moment d'exaltation de son délire de persécuté-persécuteur.

Cette observation nous fournit un exemple de folie imposée de courte durée, avec les caractères de la folie imposée aux individus sains, et qui s'est manifestée chez un dégénéré. Ce dégénéré s'est révélé plus tard franchement aliéné et l'avait été très certainement la première fois, présentant alors un vrai cas délirant et non un cas de simple conviction erronée.

Donc, dans ces associations à deux, ce qui est indispensable, c'est d'établir la distinction entre un cas de folie imposée et une association entre un aliéné et un individu sain. Les connaissances que nous avons aujourd'hui sur ce genre d'associations psychologiques montrent bien que l'accord mental peut s'établir dans des circonstances différentes et bien tranchées, à savoir :

1° Entre deux individus sains et normaux ; c'est la *coppia sana*, le couple sain de Sighele ;

2° Entre deux individus sains, mais anormaux ; c'est le couple criminel, le couple suicide, etc. ;

3° Entre un aliéné ayant des apparences de raison et un individu sain, mais d'intelligence bornée, qui devient à peine un convaincu ;

4° Entre un individu aliéné et un individu sain, mais prédisposé et qui devient aliéné ;

5° Enfin, entre deux aliénés.

Dans les observations publiées sur des cas de folie à deux, on en trouve où le succube semble n'avoir pas franchi les bornes de la folie, soit parce que son cerveau a présenté une résistance réelle à la folie de l'incube, soit parce que l'association a été interrompue trop tôt, sans laisser le temps à la folie de ce dernier de se constituer en entier. Mais dans ces cas plus rares qu'ils ne paraissent, on ne doit pas comprendre ceux de la vraie folie imposée, comme l'est évidemment celle dont il est question dans la quatrième observation du premier mémoire de Marandon de Montyel (1), où l'on voit un imbécile qui, agissant sous l'empire de la suggestion puissante de sa mère aliénée, en arrive à commettre un attentat contre l'existence de son père.

Il me semble même que dans les cas de folie à deux

---

(1) Marandon de Montyel. Contribution à l'étude de la folie à deux. *Ann. méd.-psych.*, 1881, p. 28.

où le succube faible d'intelligence reste simplement convaincu, on ne doit pas toujours considérer son état mental comme tout à fait normal. Tout en se refusant formellement à les regarder comme aliénés, Marandon de Montyel reconnaît toutefois qu'on peut et qu'on doit accorder à ces individus les circonstances atténuantes acquises aux esprits faibles, aux imbéciles.

Dans quelques cas au moins, ce n'est pas une simple conviction erronée qui se développe, mais un réel état suggestif à long terme, ou plutôt une espèce d'état second temporaire par dédoublement de la personnalité. C'est l'interprétation que l'on doit donner aux cas rapportés par Sighele, dans lesquels on remarque une persistance à long terme de l'influence exercée par le succube dans les couples infanticides. L'action suggestive du succube ne disparaît que graduellement et après un temps prolongé. Retirés des mains de leurs bourreaux et placés dans un milieu propre à leur inspirer toute confiance, on voit des enfants, pauvres petites victimes, continuer pendant longtemps encore à nier obstinément et avec conviction les mauvais traitements, les châtimens révoltants qui leur ont été infligés, et, plus encore, donner des preuves de véritable affection et d'amour à ceux qui les ont tant fait souffrir.

Dans le cas présenté par le D<sup>r</sup> Marsden, les petites créatures continuèrent d'abord à dire du bien de l'institutrice Doudet; elles lui écrivaient des lettres remplies d'expressions affectueuses. Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois, lorsqu'elles furent entièrement rétablies et tranquillisées, qu'elles révélèrent les infamies révoltantes par elles endurées.

Telle est la situation qui échoit à ces cas, dans les associations à deux; tel est le rôle qu'on peut légitimement, en ce qui les concerne, attribuer à la suggestion.

(*A suivre.*)

---

---

# DE LA VALEUR SOCIALE DES DÉGÉNÉRÉS

PAR MM.

**RÉMOND (de Metz)** et **Lucien LAGRIFFE**

Professeur à la Faculté de médecine,  
à Toulouse.

Interne des hôpitaux,

(*Travail de la clinique d'observation des maladies mentales.*)

*Suite (1).*

---

## DEUXIÈME GROUPE

OBSERVATION I. — P. P..., dix-neuf ans, célibataire, est admis d'office à la clinique le 23 février 1899. La mise en observation a été provoquée par le père du malade, qui désire se débarrasser de lui, si possible, par un internement définitif dans un asile d'aliénés.

Notre malade possède des *antécédents héréditaires* fortement chargés du côté paternel :

Grand-père buveur, mort à cinquante ans ;

Grand-mère, morte tuberculeuse à cinquante-trois ans.

Trois enfants sont issus de ce mariage :

1° Une fille âgée de soixante-trois ans, très nerveuse, souffrant de névralgies, fantasque ;

2° Un fils mort tuberculeux à quinze ans ;

3° Le *père* de notre malade, âgé de cinquante-neuf ans, souffrant de névralgies de la face, macrocéphale, présentant du tremblement de la tête et des mains ; marié tard, à trente-quatre ans, buveur d'apéritifs, ayant abandonné depuis longtemps son métier de coiffeur et vivant de la prostitution de ses filles.

---

(1) Voir les *Annales* de janvier-février 1901.

Du côté maternel :

Grand-père mort jeune, d'affection inconnue ;

Grand'mère morte de fluxion de poitrine à soixante-trois ans.

Trois enfants :

1° Fils de cinquante-cinq ans, bien portant, vif ;

2° Fils mort de tuberculose à vingt-trois ans ;

3° Fille, mère de notre malade, institutrice, femme vive, faible pour ses enfants, morte tuberculeuse à cinquante ans ; a eu cinq grossesses :

1° Fille de vingt-trois ans, hystérique, irritable, religieuse et mystique, vivant de prostitution ;

2° Fille de vingt et un ans, calme, prostituée elle aussi ;

3° Garçon, objet de cette observation ;

4° Garçon de quatorze ans, nerveux, irritable ;

5° Fausse couche du troisième mois, sans causes connues.

*Antécédents personnels.* — P. P... est né à terme au cours d'un accouchement facile, a été nourri au sein et au biberon et n'a présenté aucune maladie de l'enfance. Très en retard, il n'aurait marché qu'à trois ans et parlé qu'à sept. A l'âge de trois ans, étant en nourrice, il fait une chute sur la tête, d'où résulte une cicatrice avec enfoncement au niveau de la fontanelle antérieure. Pour la famille, ce traumatisme fut considéré comme étant la cause de « convulsions » (?) qui ne cessèrent qu'à l'âge de vingt ans et de saignements de nez fréquents qui durent encore.

De six à treize ans, notre malade va à l'école, il est assez intelligent ; mais c'est une mauvaise tête ; il est paresseux, enfantin, facilement dominable en ce qui touche les mauvaises actions ; déjà il est méchant et cruel pour les animaux.

A treize ans, il entre en apprentissage, essaye divers métiers, mais ne peut en apprendre un seul, car il va rarement à l'atelier et passe son temps en fort mauvaise compagnie. Avec son intelligence peu développée, son insouciance, il constitue un instrument commode et docile. Peu surveillé chez lui, il décroche fréquemment et il vole.

Arrêté une première fois, il fait l'objet d'une enquête médico-légale dont la conclusion est un internement à l'asile de Braqueville ; il a quatorze ans. Arrivé là, il tente de s'évader en sautant un mur, et après un mois il est mis en liberté sur les instances de sa mère.

Il recommence sa vie d'autrefois, et, dans son désir d'émanci-

pation, il y ajoute des voyages ; allant à pied à Bordeaux, il fait le guet à Montauban pour un vol d'habits, puis à Bordeaux il est arrêté pour avoir volé des sardines ; le tribunal le condamne à la réclusion dans une maison de correction ; il est envoyé à Aniane ; il y aurait eu une bonne conduite et sa mère réussit encore à l'en faire sortir à seize ans et demi. Aussitôt en liberté, il reprend ses occupations antérieures, vole un peu partout ; mais maintenant, il vole de l'argent ; arrêté de nouveau à Pamiers, il est envoyé à la maison de correction d'Eysses jusqu'à sa majorité.

Là, sa conduite est très mauvaise ; il s'en excuse en disant qu'il y a été victime d'injustices, que la discipline était trop dure et le personnel malveillant ; il cherche plusieurs fois à s'évader et à plusieurs reprises frappe les gardiens.

En août 1898, il a vingt et un ans, il est de nouveau libre. Arrivé chez lui il vole les bijoux de sa sœur et part ; est arrêté à Béziers et condamné à deux mois de prison. De nouveau libre, il reprend sa vie de vagabondage ; mieux surveillé cependant, il se contente d'opérer à Toulouse, passe ses journées et ses nuits dehors, exerce le métier facile et lucratif de souteneur.

Il n'a jamais été malade qu'une fois, à Aniane, où il fut malade pendant un mois et eut de la fièvre.

Voici quel était l'état physique à l'entrée :

Capacité crânienne, 1.519 centimètres cubes.

Indice céphalique : 88 p. 100 (brachycéphale pur de Broca).

Cheveux souples, noirs ; tubérosité occipitale externe très proéminente, léger enfoncement du crâne au niveau de la fontanelle antérieure.

Le diamètre bizygomatique à 135 est très inférieur à la moyenne (142), surtout avec une hauteur faciale de 178.

Le nez, gros, épaté, est plus petit que les oreilles, et ces dernières sont d'ailleurs fort inégales (nez : 50 millimètres ; oreilles : droite 70 millimètres, gauche 68 millimètres), sans que cependant, fait rare, il y ait asymétrie du crâne ou de la face. Les oreilles sont larges, plates, peu ourlées, et la gauche nous montre le tubercule de Darwin.

Le teint est clair, rosé, les pommettes sont rouges : c'est le teint de lis et de roses des prédisposés à la phtisie.

Les yeux sont normaux, les lèvres charnues, le palais est neurotique ; les dents, mal implantées, chevauchent à la mâchoire inférieure ; à la mâchoire supérieure, au contraire, elles sont très écartées et les incisives y révèlent le type de

Hutchinson. Dans la projection, la langue est déviée à gauche. Le développement de la barbe et de la moustache correspond à l'âge et à la moyenne dans nos climats.

Le corps thyroïde, légèrement hypertrophié, donne au cou le caractère féminin.

Le périmètre thoracique est de 82 centimètres; il y a diminution du murmure vésiculaire au sommet du poumon droit, et rudesse de la respiration au sommet gauche. Cœur normal. Cyphose dorsale assez marquée donnant au sujet une attitude spéciale fréquente chez les masturbateurs.

Le ventre est souple, indolore; le foie et la rate normaux.

La verge, les testicules sont normaux; la sensibilité testiculaire est diminuée; l'implantation des poils au pubis est normale.

Pour les membres supérieurs, l'envergure est supérieure à la taille de 2 centimètres (taille 1<sup>m</sup>63, envergure 1<sup>m</sup>65). Un tatouage (palme) à la partie antérieure de l'avant-bras droit, un panaris en voie de guérison à l'index du même côté, deux tatouages à l'avant-bras gauche (portrait de femme quelconque encadré et autre palme) Ces tatouages, très imparfaits et d'une seule couleur (bleue), ont été exécutés au pénitencier d'Eysses. Au niveau des mains, pas de traces professionnelles.

Aux membres inférieurs nous relevons un nœvus à la partie antéro-inférieure de la cuisse gauche et l'exagération de la cambrure des pieds.

Les sphincters sont continents; la sensibilité générale est diminuée dans tous ses modes au niveau de toute la partie droite du corps.

Le réflexe patellaire est légèrement exalté, le réflexe plantaire diminué avec phénomène des orteils à gauche; les réflexes pharyngien et irien sont abolis.

Urines normales (analyse complète), parole sans particularités, la coordination des mouvements est suffisante. Température 37°3, pouls 76; le sujet est réservé, ses sentiments affectifs sont diminués pour la famille, à peu près conservés pour les étrangers.

La force musculaire est normale (au dynamomètre : 23 à droite, 17 à gauche; à l'ergographe, soulevant avec le médius droit un poids de 1 kilogramme, la fatigue a été obtenue en 30 secondes et la hauteur totale de soulèvement a été de 1<sup>m</sup>082).

En ce qui concerne les sens spéciaux, nous avons observé

un rétrécissement concentrique du champ visuel, surtout marqué à gauche, et portant principalement sur le vert, le bleu et le rouge. Pas de dyschromatopsie.

Il n'y a pas de troubles trophiques, sauf des sueurs très abondantes ; l'état de la nutrition est bon. Le sujet n'a pas l'air intelligent, il se présente avec un air de contentement de soi-même, nullement en rapport avec la situation présente ; il ricane constamment, sans cause, et le développement du corps correspond parfaitement avec l'âge.

L'appétit est bon ; le chimisme stomacal a donné les résultats suivants : atonie stomacale, hypochlorhydrie (0,724 p. 1000), fermentations secondaires (acides organiques, 0,839 p. 1000) (1).

P. P... est un hémophile, il saigne très facilement du nez, il est sujet aux maux de tête, phénomènes suffisamment justifiés par une masturbation effrénée.

Le sommeil est en général troublé, rempli de rêves, de cauchemars avec réveils en sursaut. Depuis qu'il a vécu dans les pénitenciers, et par suite des récits qu'il a entendu faire, ses rêves ont fréquemment trait à des crimes ; il rêve souvent que des bêtes féroces, ou même des animaux domestiques, s'élancent sur lui pour lui faire du mal. Mais le plus fréquemment, les rêves sont occupés par les femmes, le malade rêve qu'il va pratiquer le coït, et à la suite de cela il a des pollutions.

Son caractère est violent ; ce ne sont en général que des menaces. Mais P. P... est encore jeune et viendra certainement un moment où il les mettra à exécution. Est-ce là un sentiment naturel ? Evidemment non, mais s'il a conscience de ses droits, il n'a pas eu conscience de ceux des autres ; il manque de cette pondération et de cette philosophie qui font envisager froidement certaines circonstances de la vie et il n'oublie pas :

*« O Toulouse ! pays de ma jeunesse que de jours se sont écoulés — à travers tant de vaches — dans une colonie tout remplie de souffrance — où l'on voit tant de bêtes féroces..... A byribi, ce n'est pas en Afrique, c'est à Eysses..... A ! que l'on les crèves à toutes ces vaches-là..... Vive la liberté de conscience, vive l'amour ! »* Et ailleurs : *« Vive l'Amérique. A bas les traîtres ; de la France, je n'en veux plus. On y est trop mal, vive l'Etranger ! »*

---

(1) L. Orliac. Le chimisme gastrique chez les aliénés. Thèse de Toulouse, 1899, page 93.



« *Je sors de vos cellules de corruption*, écrit-il au directeur d'Eysses, *le gouvernement croyait d'avoir ses enfants bien élevés, bien soignés..... c'est honteux de voir des enfants de huit ans avec des fers aux pieds et des menottes aux mains,..... vous mériteriez que les colons se vengent. Et ce n'est pas dit que les colons ne le fasse pas.* » Ses journées sont remplies de ces récriminations violentes.

Cependant P. P... est un peureux, il ne peut supporter les ténèbres, et il professe vis-à-vis des chiens des craintes exagérées; à cinq ans, il fut poursuivi et mordu par un de ces animaux. Cette frayeur date de cette époque.

Avec ses semblables, il n'a plus peur, il fera le coup de poing à la rigueur, et il a reçu de nombreux coups sur la tête.

Pour combler la mesure, il boit, mais cela rentre dans le cadre de sa constitution, c'est une habitude de famille. Il a douze ans, son père l'emmène déjà au café et lui donne à boire une partie de ses consommations; l'alcoolisme fait donc partie intégrante de son héritage, et cet héritage, il le fait fructifier: depuis, il a toujours bu, il est toujours gai et une fois par mois en moyenne il se grise consciencieusement: « *Vive l'absinthe et le cognac! le bon vermouth et l'anisette!* »

Mais par suite de ces contradictions fréquentes chez les dégénérés, ce libre-penseur, ce positif, est un superstitieux et un poète. Il a volé, il ne reculera pas devant le crime, mais il est très religieux; cependant le Dieu des chrétiens est trop abstrait, il lui faut quelque chose qui brille; il ne peut comprendre que tout l'encens et toute la pompe des cérémonies religieuses puissent s'adresser à un personnage invisible et sans contours; et à Eysses il fonde une religion du soleil, et pour conjurer les maléfices, pour capter le bonheur et la fortune, il collectionne des fers d'âne et des queues de serpent. Mais son véritable dieu, c'est encore la femme, elle emplit ses rêves, comme elle emplit sa vie; si elle manque, il la remplace, mais l'inversion n'est pas totale: depuis une époque imprécise mais lointaine, il se masturbe et malgré qu'il ait eu ses premiers rapports sexuels à quatorze ans, il se masturbe encore, deux fois par jour seulement, nous a-t-il avoué. Il a de l'hyperesthésie génitale, et parfois, au simple toucher, à la simple vue d'une femme, il a des éjaculations.

Il aime surtout les femmes brunes, grasses, et il porte surtout son attention sur les gros seins et les grands yeux noirs: « *Vive les petites femmes brunes!..... Toulouse pays de belle*

*femme... Vive les petites danseuses, et les petite brune au jolie mollet blanc et au beau tétons. A Marseille les femmes sont belles parce que c'est un cours d'eau de la mer qui les rend gentilles à croquer. » Elle a les yeux noirs, cette sœur de charité à laquelle il dit son amour : « Il n'y a rien au monde que tel que vous que j'aime et que je rêve tant... »*

Si son fétichisme ne concernait qu'une partie du corps de la femme, il n'y aurait pas lieu de le considérer comme un phénomène pathologique, car le fétichisme est la base naturelle de l'amour ; mais les parfums, les cheveux et les mouchoirs de femme sont pour lui autant d'excitants génitaux. Rencontre-t-il un mouchoir sur son chemin, il le ramasse précieusement, et, une fois seul, se masturbe avec.

En somme, la femme constitue tout son idéal et toute sa morale ; pour lui rendre son culte, toutes les conditions disparaissent, et s'il n'avait dépendu que de lui, il l'eût complété en le poussant jusqu'à l'inceste : « *Mais ma sœur n'a pas voulu et m'a donné des claques.* » Pendant son séjour ici, il passe ses journées à fixer les fenêtres du quartier des femmes, heureux quand il peut apercevoir un visage.

Les femmes, les ornements, le clinquant, tout le fascine ; il aime ce qui se rapporte aux faits délictueux et éprouve le plus grand plaisir à assister aux audiences correctionnelles, aimant ce duel de l'homme avec la société, non seulement en raison de l'apparat de la justice, mais encore parce que des souffrances s'y étalent et peut-être aussi parce que, inconsciemment, il aime à voir diminuer la personne humaine.

Il passe ses journées à écrire, à faire des dessins réguliers, à faire le réquisitoire de la société, à la menacer des foudres de l'anarchie, et quand vers la fin de son séjour le désir de liberté devient plus intense, il menace de se suicider si la réclusion se prolonge.

Il est interné à l'asile de Braqueville parce qu'aujourd'hui il constitue un danger social, que sa famille ne présente pas les garanties morales suffisantes pour veiller sur lui.

Après un séjour de six mois à l'asile, le malade remis en liberté file en Espagne, revient avec de l'argent qu'il nous avoue avoir volé sur la frontière. Hospitalisé bientôt après, il meurt en novembre 1900 de phtisie à marche rapide. Aucune particularité à l'autopsie.

Obs. II. — D... J..., seize ans, étudiant, est admis d'urgence à la clinique, le 6 novembre 1899 ; il se livre souvent

à des actes de violence sur ses parents, et aujourd'hui même il a frappé sa mère; ce dernier acte détermine son père à solliciter son admission.

Agé de quarante-sept ans, ordinairement bien portant, le père est un petit propriétaire des environs, sujet aux migraines, sobre, assez intelligent, mais faible et sans volonté; une de ses sœurs est une grande hystérique.

La mère a quarante-cinq ans, elle est bien portante, a été quatre fois enceinte et n'a jamais fait de fausse couche. Elle est aussi faible que son mari; six jours après l'entrée de son fils, elle regrettait déjà la sévérité nécessaire dont il avait été usé à l'égard de son enfant, ne se rendant pas compte du peu de foi qu'il faut accorder aux promesses du malade et toute disposée à se laisser bernier. C'est une nerveuse et une exaltée dont la fermeté ainsi amoindrie donne un appoint sérieux aux tares de son fils.

Des autres enfants, deux filles de vingt et de vingt-deux ans sont nerveuses comme leur mère, et un garçon est mort à deux mois, d'athrepsie.

Notre malade est né à la suite d'une grossesse normale et au cours d'un accouchement à terme et rapide; il a présenté des convulsions dans l'enfance; il n'a eu à subir ni grande frayeur, ni chute; il était méchant, cruel pour les animaux, battait ses sœurs; il était délicat, on supportait tout de lui, on le gâtait.

A sept ans, on l'envoie à l'école, il s'y montre turbulent et paresseux, apprend difficilement, et, à sept ans, c'est à peine s'il sait lire et écrire. A dix ans, il est placé au collège, y lasse toute patience, et, pour sauver les apparences, le principal le renvoie au bout de deux ans sous prétexte de maladie. La véritable raison était sa turbulence et sa violence; un médecin qui le voit à ce moment le soumet au valérianate d'ammoniaque.

Il est alors placé au lycée de son département; il y est morose, paresseux, on n'en peut rien tirer, que ces mots : « Je m'ennuie. » Un beau jour, il s'échappe et rentre chez lui, c'était en 1896. Le proviseur consent à le reprendre, et, pour lui adoucir l'internat, sa famille vient habiter la ville où se trouve le lycée; mais à quelque temps de là, nouvelle évasion; cette fois-ci le proviseur se montre inflexible et notre malade passe dans un nouveau collège; au bout d'un mois, nouvelle fugue, toujours pour rejoindre sa famille.

Cette dernière, lassée, vient s'installer à Toulouse et le met

externe au lycée, d'où il était renvoyé deux mois après à la suite d'une violente altercation avec un professeur.

Aujourd'hui et depuis un an il suit les cours d'une institution libre, dirigée par des prêtres; il n'y fait rien et est très en retard.

Les premiers actes de violences dans sa famille datent d'un an et demi; à cette époque, à la suite d'une contrariété, il entra dans une violente colère, au cours de laquelle il s'élança sur sa mère avec un couteau. Un praticien qui le vit à cette époque, écrivit : *« C'est un débile, faible d'esprit; il est né ainsi, et je crains qu'aucune médication ne guérisse cette affection; je considère que cet enfant peut être très dangereux pour lui et pour les siens, il est inconscient de la plupart de ses actes. »*

Voici ce que révèle l'examen physique à l'entrée :

Capacité crânienne : 1.534 centimètres cubes.

Indice céphalique 78 p. 100 (mésaticéphale de Broca).

Les cheveux sont blonds, fins et soyeux, la tubérosité occipitale externe n'est pas sensible (type 0), il n'y a pas d'asymétrie ni de cicatrices au crâne.

La face, comparée à la cavité crânienne, est très petite, elle n'a que 169 millimètres de hauteur, et le diamètre bizygomatique, de 120 millimètres, est très inférieur à la moyenne (142).

Les oreilles et le nez sont normaux, pas traces de barbe, une cicatrice déprimée au front (coup de pierre). La face est symétrique.

Les yeux sont normaux, le palais typique, les dents bien faites, bien implantées, sauf les incisives inférieures qui chevauchent.

Légère hypertrophie thyroïdienne qui donne au cou, en même temps allongé, un caractère féminin.

Le périmètre thoracique est de 84 centimètres; les poumons, le cœur, la colonne vertébrale sont normaux.

Le ventre est souple, indolore, le foie et la rate normaux.

La verge est normale, la sensibilité testiculaire est abolie, le pubis est recouvert de poils, normalement implantés.

L'envergure est normale (169 centimètres pour une taille de 1<sup>m</sup>70).

Les membres supérieurs et inférieurs sont normaux.

Les sphincters sont continents. Pour la sensibilité générale, il y a hémianesthésie pour le toucher et la douleur à gauche, perversion de la sensibilité à la chaleur du même côté, et retard de la sensibilité à droite.

Le réflexe patellaire est diminué des deux côtés, les autres réflexes sont normaux.

La composition des urines est normale ; rien à signaler dans la parole, la marche et la coordination des mouvements. Pouls, 72. Le sujet est réservé, ses sentiments affectifs sont conservés pour les étrangers. La force musculaire est suffisante.

En ce qui concerne les sens spéciaux, signalons que le champ visuel est à peu près normal, mais qu'il y a de la dyschromatopsie et que le malade ne voit pas le vert.

La digestion et l'appétit sont bons.

Le sommeil est conservé ; mais le malade parle souvent à haute voix en dormant et se lève fréquemment pour uriner (polyurie alimentaire).

A seize ans, D... J... est presque un alcoolique de vieille date, car il présente une sensibilité anormale à l'alcool et qu'une très petite quantité suffit pour l'exciter. Depuis son jeune âge, il adore le vin, et tous ses mouvements de violence sont justement l'expression anormale de sa réaction vis-à-vis de l'alcool ; le lendemain même de son entrée, il nous avoue que depuis un an il a commencé de boire de l'absinthe et que quand il a bu un peu, le lendemain il se sent lui-même très irrité ; il demande de l'argent, on le lui refuse, il se met alors dans de violentes colères et frappe. C'est à l'occasion d'une scène semblable au cours de laquelle il brisa tout, que son entrée dans le service fut décidée.

Quand il ne boit pas, D... J... est assez doux. Sans idées générales, sans idéal, il n'a qu'un désir : boire et vivre sans rien faire. Dès le début, il tente de s'évader ; mais dans l'impossibilité où il se trouve de mettre ses desseins à exécution, son imagination va travailler et nous allons voir la pauvreté de ses conceptions.

Le second jour, il nous raconte que sa sœur se marie le lendemain à 8 heures, et que par suite il faut qu'il rentre chez lui ce soir ; il sait parfaitement que nous voyons son père tous les jours et ne se rend pas compte de l'inutilité et de la naïveté de son mensonge.

Le troisième jour, il doit rentrer chez lui afin de préparer son baccalauréat de rhétorique pour janvier ; or, il nous a dit lui-même qu'il n'est qu'en seconde et il sait qu'en janvier il n'y a pas de session pour le baccalauréat.

Ne pouvant trouver mieux pour nous tromper, il s'adresse à sa famille : enfermé ici il ne pourra voir les foires, il ne pourra pas assister aux assises. Puis il renchérit : si on ne vient pas le

chercher, M. Rémond l'enverra à l'asile; et pour forcer toute résistance : les étudiants viennent suivre la visite demain, et un de ses amis qui étudie la médecine (faux) pourrait le voir et pourrait en parler.

Est-il seulement travaillé par le remords? Ses lettres le prétendent, mais son attitude le dément; nullement gêné, il semble comme chez lui dans le service, son appétit n'a été nullement diminué. D'ailleurs, lors même que son remords aurait été sincère, il aurait été de fort courte durée.

Le lendemain de son entrée, il avoue qu'il était gris, il ne recommencera pas, il veut travailler. Sept jours après, il écrit de nouveau : cela commence par un nouveau pardon, mais très petit, très humble; n'est-ce pas d'ailleurs le préambule le plus commode pour une pauvre imagination? Et puis il veut travailler, mais son désir d'occupation est très naïvement motivé; il s'ennuie de ne rien faire, c'est une raison minima et il voudrait voir les foires, et si on sait qu'il a été ici, on se moquera de lui.

Mais dans cette seconde lettre, nous notons une certaine recherche dans la forme; jusqu'ici l'écriture était horizontale, puis tout d'un coup, au milieu d'une page, plusieurs lignes sont écrites en diagonale, et pourtant cela ne paraît pas avoir été conçu pour attirer l'attention, car la phrase que renferment ces lignes n'exprime aucune idée importante.

Si l'on considère que D... J... vit dans un milieu assez éclairé, qu'il a seize ans, et qu'il a eu entre les mains tous les moyens nécessaires pour acquérir une instruction supérieure, on voit combien est pauvre le résultat obtenu, grâce à la nature inférieure du terrain.

Nous ne lui reprocherions pas son mépris absolu pour l'orthographe ni son dédain pour la syntaxe s'il était possible de rencontrer chez lui des idées générales même fausses, pourvu qu'elles soient originales. Rien de tout cela, tout se borne au moment présent, pas de projets, pas de désirs pour plus tard; il faut des excitations fortes pour faire réagir son cerveau. C'est un arriéré dans l'acception la plus large du mot.

Il passe ses journées dans l'inaction, ne voulant même pas lire.

Le 21 novembre, il est rendu à sa famille, qui l'interne dans une maison d'éducation. Il est accompagné d'un certificat qui précise sa situation au point de vue médical et son degré de responsabilité.

D... reste peu de temps dans cette maison d'éducation. Pris du désir de voyager, il s'embarque comme pilotin ; rebelle à toute discipline, il mène une vie des plus aventureuses, son existence devient un véritable roman. Engagé à dix-huit ans dans l'infanterie de marine, il est bientôt renvoyé en raison de son état mental. Le 26 novembre 1900, il est arrêté pour tentative de meurtre sur sa sœur. L'un de nous (M. Rémond), chargé de son examen au point de vue médico-légal, conclut à un internement définitif dans un asile d'aliénés (accordé).

OBSERVATION III. — J. S..., dix-neuf ans, célibataire, est évacuée le 10 octobre 1898 du dépôt des filles soumises pour épilepsie. Elle avait été envoyée au dépôt par un médecin de l'état civil qui la soupçonnait de syphilis ; on n'avait d'ailleurs jamais observé d'accidents, et le traitement spécifique ne fut administré que pendant quelques jours.

Le père, ouvrier, est mort d'accident, alors que la malade était très jeune, elle avait huit mois.

La mère mourut à trente-huit ans d'une hémorragie utérine (?) ; elle était poitrinaire, paraît-il, et très nerveuse. Lorsque son mari mourut, elle eut une grande frayeur ; mais comme notre malade était nourrie au biberon, cette émotion ne put évidemment avoir aucune influence sur elle.

J. S... a deux frères de vingt-deux ans et de sept ans qui sont bien portants. Elle-même est née à terme, fut nourrie au biberon et n'a pas présenté de maladies de l'enfance, ni de l'adolescence. Elle a été réglée à quatorze ans et toujours bien depuis.

A huit ans, à la mort de sa mère, elle entre à l'hospice de La Grave ; à cette époque, elle présentait des crises de convulsions que sa famille faisait remonter à l'âge de huit mois, à l'époque où le père mourut tragiquement et où la mère eut une si grande frayeur. Tous les quinze jours environ, elle avait deux crises coup sur coup au temps de son entrée à l'hospice. A quatorze ans, elle s'échappa, devint bonne dans un café à Blagnac pendant deux ans et, à seize ans et demi, elle se livra à la prostitution.

Elle a été trois fois enceinte :

1° Enfant mort-né à seize ans et demi ;

2° Fausse couche de sept mois, à dix-sept ans, causée par une chute ;

3° Enfant mort-né, à dix-huit ans et demi, extrait au forceps à la maternité de Toulouse.

En 1897, au cours d'une chute accidentelle, elle se fracture le coccyx, entre à l'Hôtel-Dieu, où on lui fit l'ablation de cet os.

Pour ce qui est des crises d'épilepsie, la malade a remarqué qu'elles surviennent en général après les règles; elles sont annoncées par des frissons et des tournements de tête, accompagnées de morsure de la langue; il n'y aurait pas d'émission d'urine et, après la crise, il y a amnésie complète.

État physique à l'entrée : capacité crânienne : 1,513 centimètres.

Indice céphalique : 87 p. 100 (brachycéphalique de Broca).

Cheveux châains, souples, tubérosité occipitale externe normale. Pas d'asymétrie.

Diamètre bizygomatique très petit, 122 (normal, 142), pour une hauteur faciale de 170.

Les oreilles sont de grandeur inégale, sans asymétrie faciale (droite, 59 millimètres; gauche, 67 millimètres); elles sont bien ourlées, massives, carrées.

Les yeux sont normaux, la bouche grande, le palais typique, les dents bien faites, bien implantées; les deux dernières canines supérieures sont cariées. Stomatite légère due au traitement spécifique.

Cou normal; périmètre thoracique, 82 centimètres; poumons, cœur, foie, rate, abdomen normaux.

Au niveau des organes génitaux, nous ne notons qu'une légère endométrite cervicale.

Membres supérieurs normaux, mains fines, blanches, aux ongles très soignés.

Aux membres inférieurs, hallux valgus double, jambes très velues, faisant contraste avec le reste du corps, qui est généralement glabre.

Les sphincters sont continents, la sensibilité générale est diminuée dans tous ses modes.

Le réflexe rotulien est exagéré avec tendance au tonus épileptoïde.

Les urines sont normales, la parole traînante, comme lassée, la coordination des mouvements est normale. Pouls, 80; sujet réservé, très réservé même, ne s'extériorisant pour ainsi dire jamais.

Force musculaire normale (au dynamomètre 18,5 à droite, 17,3 à gauche). Aucune particularité en ce qui touche les sens spéciaux, champ visuel normal, pas de dyschromatopsie.



L'état général de la nutrition est excellent, l'appétit conservé.

La malade a le facies niais si fréquent chez les épileptiques, et le sourire constant qui éclaire son visage augmente encore l'impression de stupidité qui en émane ; elle est de petite taille (1<sup>m</sup>55) et son envergure est normale (1<sup>m</sup>55).

Le sommeil est bon, non troublé par les rêves.

D'après les renseignements recueillis ultérieurement, les crises sont plus fréquentes que ne l'a dit la malade. D'ailleurs, pendant une observation de seize jours, elle a présenté cinq crises.

Quand elle était pensionnaire à La Grave, les choses se passaient de la façon suivante : après un cri unique, mouvement giratoire autour de l'axe vertical du corps et dans un sens qui n'a pu nous être indiqué, puis chute.

A toutes les crises que la malade présentait ici, elle était couchée. Il y a toujours eu plusieurs cris (oh ! oh !). Période tonique très courte, convulsions de tout le corps et de la face, sauf une fois, où les membres inférieurs restèrent immobiles ; à ce moment, la face était rouge, puis, à la fin, violacée ; écume, quelquefois morsure de la langue, une fois incontinence des urines.

Enfin, tout se termine par un ronflement et un sommeil profond.

La crise a presque toujours été précédée et suivie par une céphalalgie violente, durant toute une journée.

Lorsqu'elle était pensionnaire à La Grave, J. S... était une enfant volontaire, paresseuse, n'ayant jamais voulu rien apprendre, montrant des tendances à la coquetterie, répondant mal et n'obéissant pas.

Il y aurait peut-être lieu de rechercher ce qu'il y avait de naturel dans ces tendances précoces et de faire le départ de ce qu'on doit au milieu. L'hospice de La Grave, à Toulouse, est une tour de Babel, où se rencontrent, dans une promiscuité étrange et curieuse, toutes les anomalies physiques et morales. Dans des quartiers contenant chacun au moins cinquante malades, on voit l'enfant de six à huit ans côtoyant le vieillard, l'ancienne prostituée à côté de la vieille ouvrière honnête que des années de travail n'ont pu enrichir. On voit quel déplorable milieu moral, pour un sujet sain et sans tares. Si l'on y ajoute l'inaction, habituelle à tel point que toutes ces misérables épaves auxquelles la charité humaine a donné un asile et du pain ne veulent travailler que contre une rémunération pécun-

naire, si l'on ajoute que la surveillance est exercée par des sœurs de charité qui, sur vingt-quatre heures, en passent huit en repos et huit en prières, que, grâce à leur présence, la fête du moindre petit saint est une occasion de repos et que, sauf en ce qui concerne l'instruction religieuse, rien n'est tenté par elles pour développer ou pour commencer l'instruction de ces enfants, on comprendra aisément que si le milieu n'a pas été nuisible à J. S... et nous croyons qu'il l'a été quelque peu, en tout cas, il ne lui a été nullement favorable.

Toutes les constatations que nous avons pu faire sur notre malade ont été purement objectives ; elle n'a pas été disposée ou peut-être a-t-elle été incapable de nous donner aucun renseignement, soit en ce qui concerne les superstitions, les frayeurs instinctives, la religiosité.

Elle nous a paru douce, mais entêtée, nous a dit ne pas aimer les boissons alcooliques. Elle s'est jetée dans la prostitution parce qu'elle a sans doute estimé que c'était le métier le plus facile et qui exigeait la moindre activité.

Car elle est nonchalante, partisan de la théorie du moindre effort. Elle sait tout juste lire, écrire, additionner, multiplier, soustraire et diviser. Pendant son séjour, elle cousait quand on le lui demandait, mais elle était absolument incapable de la moindre initiative ou de la moindre prévenance. L'épileptique est déjà naturellement obtus et mou. J. S... présente une exagération de tous ces phénomènes.

Elle n'a pas voulu nous donner de renseignements sur ce qu'elle pensait de la prostitution ; mais, comme nous le disions précédemment, en raison de sa paresse, elle doit y être entrée plutôt par devoir que par plaisir. Lorsque, dans le personnel de La Grave, on a appris quelle était sa vie, on a considéré la chose comme une fatalité prévue ; il est vrai que cette destinée y est devenue assez fréquente pour ne plus étonner.

J. S... a grand soin de son corps, elle passe de longs instants à sa toilette et, le matin, en attendant la visite, elle reste assise sur son lit pour ne pas déranger sa coiffure et polit ses ongles.

Elle a été remise en liberté le 28 novembre 1898.

OBSERVATION IV. — La nommée Hélène E..., âgée de dix-huit ans, entre à la clinique le 17 avril 1899.

Hérédité très chargée du côté de la mère ; grand-père très nerveux, mère coléreuse, loquace, asthmatique, rhumatisante. Une sœur de la malade est aussi très nerveuse et, âgée de cinq

ans et demi, elle réalise le type de l'enfant précoce. Détail à noter : on boit beaucoup de vin dans la famille.

E... est une enfant nerveuse, coléreuse, habituée à voir tout plier devant elle parce qu'elle est gâtée. Elle a eu quelques maladies infectieuses, la coqueluche à trois mois et trois fois (?), la fièvre typhoïde à six ans, sept ans et dix-sept ans (?), avec délire chaque fois. Réglée à douze ans et toujours depuis, les hémorragies reviennent plusieurs fois par mois.

Divers traumatismes : à douze ans est renversée par une vache et délire pendant deux jours à cette occasion ; puis elle tombe dans la cage d'un escalier de 5 mètres de hauteur et reste sans connaissance pendant quelques minutes. Quelque temps après, émotion violente à la vue d'un taureau échappé.

Présente fréquemment des cauchemars pendant son sommeil.

A seize ans, pendant trois semaines, accès d'agitation qui reprend quelque temps après à l'époque des règles et nécessite un séjour de trois mois dans un asile d'aliénés. Elle présente à cette époque de la catalepsie.

Malade très religieuse et très romanesque, grande liseuse, dont l'accès présent a débuté il y a un mois environ. Elle voudrait se marier et voudrait surtout « coucher avec le lieutenant de gendarmerie ». Cela a commencé par de l'inquiétude, une exagération de la nervosité habituelle, de l'anorexie.

Délire incohérent, intermittent, jalonné de temps à autre par des crises convulsives.

La malade chante, rit, pleure, déchire et de temps à autre se repose ; l'agitation se produit surtout la nuit avec hallucinations de la vue, nudomanie, en somme, tous les caractères d'un délire d'intoxication greffé sur un fond d'hystérie. D'ailleurs, nul souci de la propreté, se barbouille avec ses excréments, crache partout, se roule par terre.

Au moment des règles, les 28, 29 et 30 avril, moment très net d'accalmie.

Le délire présente le même caractère d'incohérence jusqu'au 4 mai, époque à laquelle la malade est amenée dans un asile.

Au point de vue physique : capacité crânienne : 1.465 centimètres cubes. Indice céphalique : 90. Déformation asymétrique de la face quand la malade parle. Lobule des oreilles sessile. Incisives dentelées, palais neurotique. La région ovarique et les seins sont douloureux. Hyperesthésie généralisée avec manci-

nisme sensoriel (hyperesthésie plus forte à droite). Réflexe irien aboli ; réflexe plantaire très diminué à droite, conservé à gauche avec type extension.

Aujourd'hui, la malade est sortie de l'asile, guérie (?), mais le fond du caractère reste le même.

(*A suivre.*)

---

---

NOTE

SUR LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

A L'ASILE DE SAINT-ALBAN (LOZÈRE)

Par le D<sup>r</sup> René CHARON

---

En 1886, l'un de mes prédécesseurs publiait dans cette revue (1) une note sur la rareté de la *paralysie générale* à l'asile de Saint-Alban, comme contribution à l'étiologie de cette affection. On était alors au début de cette lutte passionnante sur la question des causes de la *périméningo-encéphalite diffuse chronique*, lutte dans laquelle ont bataillé nombre de maîtres les plus autorisés de la psychiatrie et de la neuropathologie, lutte toujours incertaine, malgré l'ardeur et la valeur des combattants, mais de laquelle, à défaut de vérité scientifique, se sont dégagés quelques postulats certains, à savoir : que la paralysie générale augmente progressivement de fréquence d'année en année ; que cette fréquence est proportionnelle au degré de la civilisation ambiante ; que la syphilis est, parmi les antécédents pathologiques des paralytiques généraux, le plus fréquent et le plus constant.

Entre les unicistes qui soutiennent que toute paralysie générale reconnaît pour cause une syphilis antérieure, les pluristes qui tiennent cette affection pour la résul-

---

(1) Camuset. *Ann. méd.-psych.*, 1886.

tante d'un ensemble de causes parmi lesquelles la syphilis joue un rôle plus ou moins important, et aussi les exclusivistes, qui affirment que la syphilis n'est pour rien dans la maladie en question, un élément d'accord s'est cependant maintenu : je veux dire l'utilité, reconnue par le plus grand nombre, de la statistique pour la solution du problème étiologique toujours débattu.

Des statistiques substantielles et consciencieuses ont été en effet produites de tous côtés, en France et à l'étranger, mais leurs résultats ont été considérés de part ou d'autre comme incertains, insuffisants ou contradictoires. La lutte continue ; les statistiques aussi.

Dans sa note de 1886, Camuset disait de la Lozère : « Cette population agricole, qui ne renferme que très peu d'alcooliques et de syphilitiques et sur laquelle ne sévit qu'une endémie, grave à la vérité, puisqu'elle est le point de départ de la dégénérescence crétineuse, ne fournit, il était logique de le prévoir, qu'un nombre restreint de paralytiques généraux ; mais ce nombre est encore plus petit qu'on ne pouvait le supposer. »

En effet, sur 190 aliénés lozériens que renfermait l'asile de Saint-Alban à cette époque, il n'existait que 2 paralytiques généraux. *O fortunatos nimium!*...

Quinze ans après, il m'a paru intéressant, pour savoir si ce bonheur avait duré, de rechercher, d'une part, les modifications survenues dans les conditions de milieu, d'existence, d'éducation, etc. ; d'autre part, dans la marche de la paralysie générale en Lozère.

Cette période de quinze ans au point de vue du progrès a été marquée par deux faits nouveaux et importants : l'établissement d'une ligne de chemin de fer traversant le département du Nord au Sud, et l'application plus régulière de la loi militaire, en particulier pour ce qui concerne l'armée territoriale.

Ces deux modifications sociales ont eu pour résultat

d'attirer peu à peu vers la région du Midi, plus riche et manquant de bras, un certain nombre de Lozériens des montagnes qui vont, chaque année plus nombreux, pendant la belle saison, travailler la vigne. L'application de la loi militaire longtemps faussée en Lozère par des procédés d'autant plus florissants que les moyens de circulation et de contrôle étaient rares, est aujourd'hui plus régulière ; il s'ensuit un mouvement beaucoup plus considérable entre le foyer et la caserne.

Ces faits ont eu l'influence qu'il fallait prévoir ; ils ont apporté en Lozère deux maux que l'on ne connaissait pas en 1886 : la syphilis et l'alcoolisme. Et des praticiens d'expérience sûre, qui ne sont pas des ennemis de l'armée, m'ont déclaré avec assurance que ces deux plaies étaient importées dans ce pays par les militaires, et surtout depuis l'application des appels périodiques des contingents territoriaux.

Au reste, à part l'établissement d'une ligne de chemin de fer, entraînant un mouvement civil et militaire plus considérable entre le département autrefois isolé et les régions voisines, rien ne paraît changé dans la situation économique et sociale du pays.

Les lignes écrites par Camuset et par d'autres observateurs de la même époque pourraient s'appliquer à peu près exactement à l'état actuel. Il ne s'est fondé dans le département aucune industrie ; il ne s'est produit aucune amélioration dans les procédés de culture ; les villes restent mortes et la campagne désolée, l'hygiène publique et privée absolument déplorable et l'endémie crétineuse, avec sa manifestation particulière, le goitre, sévit toujours avec la même intensité. Une sorte de fatalisme étroit, compliqué d'un fétichisme primitif, continue à atrophier les cerveaux pendant que s'hypertrophie la glande thyroïde.

La lutte pour la vie, qui enfièvre les autres régions

de notre pays, reste inconnue en Lozère ; le Lozérien ne cherche pas à améliorer sa situation, à accroître son bien-être, le temps n'a point de valeur pour lui ; sa philosophie pratique consiste tout entière à tourner lentement l'obstacle, quel qu'il soit, sans jamais chercher à le déplacer ou à le vaincre, et bien qu'il ne soit ni contemplatif, ni paresseux, et plutôt intelligent et ingénieux, il vit sans idéal terrestre, il végète dans un misonéisme irraisonné. Mais cependant, grâce à des moyens de circulation plus commodes, aidés de la chimie alimentaire, les boissons alcooliques de toutes sortes se sont répandues jusque dans les villages. L'ivrognerie n'est pas plus communé peut-être qu'il y a quinze ans ; mais l'alcoolisme n'est plus une rareté, et la syphilis se manifeste sous des formes variées et déjà fréquentes. Il eût été intéressant de recueillir des documents statistiques précis sur la question de la syphilis ; mais, sur ce point comme sur beaucoup d'autres, la pauvre Lozère est bien en retard ! Il ne se trouve point dans les hospices de registre clinique du mouvement des malades ; il faut s'en tenir aux renseignements des praticiens, qui tous affirment que les manifestations syphilitiques ont augmenté depuis quinze à vingt ans dans des proportions considérables.

Comment s'est comportée la paralysie générale pendant la période qui nous intéresse ?

Les dix années qui ont précédé la note de Camuset ont vu passer à l'asile de Saint-Alban 10 paralytiques généraux, dont 7 hommes et 3 femmes, pour une population moyenne de 190 malades lozériens. Au commencement de 1886 il en existait 2 seulement en traitement à l'asile. C'était le moment où commençait à se faire jour, venant de l'étranger, la doctrine de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale. Il en était de l'asile d'aliénés comme des autres établissements hospitaliers



de la région : les malades étaient admis sans renseignements, et les observations cliniques n'étaient pas connues. Pour les 8 malades disparus avant l'arrivée de Camuset, il n'existe aucun commémoratif sur les antécédents cliniques ; pour les 2 malades observés par lui, Camuset n'a trouvé chez l'un aucune trace de vérole ; pour l'autre, il affirme qu'il n'était pas syphilitique.

Dans la période des quatorze années suivantes (1886-1900), voici ce qui a été noté :

Sur 459 aliénés de la Lozère, dont 254 hommes et 205 femmes admis à l'asile, 18 l'ont été avec le diagnostic *paralysie générale* ; ils se répartissent comme suit :

	Hommes.	Femmes.
1886. . . . .	1	»
1887. . . . .	2	»
1888. . . . .	1	»
1889. . . . .	1	1
1890. . . . .	»	»
1891. . . . .	»	»
1892. . . . .	2	»
1893. . . . .	1	»
1894. . . . .	»	»
1895. . . . .	1	»
1896. . . . .	1	»
1897. . . . .	2	»
1898. . . . .	2	1
1899. . . . .	2	»
Total. . .	16	2
	18	

Sur ce nombre, 4 hommes et 2 femmes étaient désignés comme syphilitiques.

Il restait en traitement à l'asile, au commencement de l'année 1900, 6 malades (4 hommes et 2 femmes). J'ai cru devoir en éliminer 2 (1 homme et 1 femme) comme ne présentant pas les signes certains de paralysie générale ; de sorte que, en admettant qu'il ne se soit, sur le reste, produit aucune erreur de diagnostic, la pé-

riode de quatorze années considérée ci-dessus a vu passer à l'asile de Saint-Alban 16 paralytiques généraux sur 459 admis, et au commencement de 1900 il s'en trouvait seulement 4 en traitement (3 hommes et 1 femme); sur une population indigène de 255 aliénés.

— Il n'est pas besoin d'établir un pourcentage rigoureux pour faire remarquer par ces chiffres que la proportion des cas de paralysie générale dans la population lozérienne *est aujourd'hui aussi faible qu'elle était il y a quinze et vingt ans.*

Sur les 4 cas que j'ai observés moi-même, j'ai cru pouvoir affirmer la syphilis chez 2 hommes et 1 femme. Aucun ne présentait de délire paralytique spécial. Tous avaient versé pour ainsi dire dans une démence précoce, 2 avec une forme maniaque, les 2 autres avec une forme mélancolique. Il faut ajouter que 3 de ces malades avaient mené longtemps, *hors de la Lozère*, une existence accidentée, l'un dans l'armée, le deuxième dans une carrière libérale, le troisième dans l'industrie.

Sans doute la statistique est utile, souvent éloquente. Gardons-nous cependant, suivant le bon conseil de notre éminent confrère Ritti, de lui demander plus qu'elle ne peut donner, de lui faire dire plus qu'elle ne peut dire, surtout lorsqu'elle porte sur des chiffres aussi modestes. Et des données qui précèdent, dégageons seulement trois points intéressants :

I. — Dans ce pays particulièrement primitif et autochtone qu'est la Lozère, il y a quinze à vingt ans, au temps qu'il n'existait dans la région ni voie ferrée, ni industrie, ni mélange entre la population indigène et les populations voisines, qu'on ignorait aussi bien l'alcoolisme et la syphilis que le surmenage physique et intellectuel, *la paralysie générale était extraordinairement rare (2 cas sur 190 malades.)*

II. — Aujourd'hui, que les moyens de circulation ont été améliorés, que la population subit des mélanges et des contacts plus fréquents avec les régions voisines et les villes, que les influences alcoolique et syphilitique commencent à se faire sentir d'une façon très appréciable, sans toutefois que les conditions d'existence et de tempérament indigène se soient modifiées par ailleurs, *la paralysie générale reste aussi peu fréquente (4 cas sur 255 malades, dont 3 ayant vécu longtemps hors de la Lozère)*.

III. — La syphilis a pu être reconnue dans la proportion de 3 cas sur 4.

De sorte que s'il était permis, au sujet de l'étiologie de la paralysie générale, d'appuyer une opinion sur les faits ci-dessus exposés, on serait amené à admettre, comme l'ont proclamé depuis plusieurs années Régis et ses élèves, qu'à la base de cette affection (ou au moins dans la très grande majorité des cas), il y a la syphilis, mais que la syphilis ne suffit pas à elle seule et qu'elle exige, pour produire les lésions de la périméningo-encéphalite chronique diffuse, l'appoint de certains facteurs adjuvants, dont les principaux se trouvent dans les conditions d'existence diverses qui conduisent au surmenage physique ou intellectuel.

---

# Thérapeutique.

---

LE

## TRAITEMENT DES ALIÉNÉS

PAR LE REPOS AU LIT

Par le Dr Adam WIZEL

Chef de service à l'asile d'aliénés de Tschiste, près Varsovie.

*Suite et fin (1).*

---

Pour moi, personnellement, je suis parfaitement d'accord que tout asile doit posséder au moins deux salles de surveillance, une pour les malades tranquilles, l'autre pour les malades excités ; et quant à la question d'isolement, je suis tout à fait de l'avis de ceux qui affirment que le traitement dans les chambres particulières est quelquefois indispensable, et que, pourvu qu'il s'exécute dans le sens de la méthode d'alitement, non seulement il n'est pas cruel, mais fort avantageux, tant aux malades qu'à l'entourage. Et en effet, qu'y a-t-il de cruel ? Nous plaçons le malade dans une chambre particulière, nous le couchons au lit, laissons la porte ouverte et exerçons sur lui une surveillance. Est-ce qu'on peut comparer un isolement ainsi entendu avec l'isolement appliqué autrefois ? Autrefois, quand on isolait

---

(1) Voir les *Annales* de janvier-février 1901.

le malade, on le plaçait dans une cellule de prison avec une petite fenêtre grillée, aux gros volets, aux murs peints en couleur foncée, aux portes se fermant à double verrou, avec une couche en crin végétal. Dans une telle cellule, le malade passait des jours et des mois entiers, seul, abandonné de tout le monde, privé de lumière et de visage humain. L'isolement actuel ne doit même pas s'appeler isolement.

Ayant mis en activité dans mon service le traitement par le repos au lit, j'ai arrangé au commencement une salle de surveillance et un peu plus tard — deux, une pour les malades relativement tranquilles, l'autre pour les malades inquiets ; la première se trouve au premier étage et l'autre — au rez-de-chaussée. Dans chacune, la surveillance est continue. En outre, je loge les malades alités dans les pièces particulières dont je possède une quantité relativement assez nombreuse. Certaines de ces pièces sont en contact direct avec le milieu des malades, parce qu'elles sont contiguës à la salle du séjour diurne (ensemble, 4) ; les autres sont bien éloignées, situées dans l'aile avancée du bâtiment, des deux côtés d'un long corridor (ensemble, 6). Je place dans les unes et dans les autres tous les malades qui, pour différentes raisons, ne peuvent pas rester dans les chambres communes.

Les malades les plus violents, je les place dans ces chambres éloignées. Quand le malade y passe, je lui accorde aussitôt une surveillance de rigueur. Le malade obtient exclusivement pour lui seul un gardien. Je n'ai pas besoin d'ajouter que le malade ainsi isolé ne cesse pas d'être traité selon le principe de l'alitement. Je ferai encore remarquer que les pièces particulières ne diffèrent en rien, ni par leur construction, ni par leur arrangement, des autres pièces, et que seulement les chambres éloignées de l'asile ont les fenêtres placées un peu

plus haut, mais elles sont néanmoins tout à fait claires et gaies.

Voilà l'organisation des lieux destinés aux malades qui exigent le traitement par le repos au lit.

Où et quels malades y placer ? lesquels placer dans les chambres communes ? lesquels dans les pièces particulières ? lesquels dans les quartiers de surveillance pour les tranquilles ? lesquels dans les quartiers de surveillance pour les excités ? Pour tout cela il n'y a et il ne peut y avoir aucune règle. J'ai remarqué plus d'une fois que les malades excités, se trouvant dans le quartier des tranquilles, à la vue seule des autres malades tranquillement couchés, se calment, après quelque temps, eux-mêmes, — ce qui s'explique naturellement par l'influence de la contagion psychique. D'un autre côté, j'ai remarqué plus d'une fois qu'il y a des malades qui non seulement ne se calment pas dans la société des autres malades, mais encore par les cris, le chant et l'agitation agissent défavorablement sur ces derniers. Sous ce rapport, tout dépend de la personnalité du médecin, de son sens psychologique, de sa connaissance des maladies qu'il traite. Naturellement, cela ne se passe pas sans essayer, sans tâtonner, pour ainsi dire. Il faut souvent transporter le malade quelquefois d'une pièce dans une autre jusqu'à ce qu'il trouve les conditions dans lesquelles il se calmera le plus vite. C'est pourquoi mes malades changent souvent de chambre, et le principe dominant dans ces changements est toujours l'idée de placer le malade dans le milieu amenant le plus vite le calme psychique. Le même principe je le trouve chez Wattenberg (1), qui dit : « Le principe fort important, qui n'est pas toujours suffisamment suivi et dont, entre

---

(1) Wattenberg. *Loc. cit.*

autres, fait aussi mention Kraepelin, c'est : *Divide et impera*, c'est-à-dire : Divise bien les malades et tu parviendras le mieux à les guérir, ou à les calmer. Les malades atteints de maladies aiguës, aussi bien que de maladies chroniques, doivent passer par différentes chambres suivant les différentes phases de leurs affections. »

En terminant ces considérations sur la technique de la méthode du traitement par l'alitement, je dois encore faire remarquer que cette méthode n'est nullement facile à mettre en œuvre, et cependant on peut y réussir. Certes, le médecin, surtout au début, doit consacrer beaucoup de temps et de peine à son service et doit, avant tout, faire l'éducation des infirmiers et des gardiens, réformer radicalement les dispositions et les mœurs qui dominent dans l'asile. A chaque pas il s'y heurte à la défiance, à la malveillance et à l'aveugle conservatisme ; il faut toujours commenter, enseigner et persuader, et en même temps il doit bien se surveiller lui-même, pour déraciner en soi les restes des anciennes coutumes et opinions. Mais, peu à peu, l'esprit dominant dans l'asile se modifie, la réforme s'installe, et, après que le nouveau système a pénétré tout le personnel médical de haut en bas, la machine commence à fonctionner facilement et régulièrement.

Celui qui n'a pas touché de près à cette question est porté à croire qu'il est impossible qu'on puisse garder au lit et accoutumer à être tranquillement couchés les malades excités, surtout les malades dits furieux. *A priori*, cela semble en effet impossible, et c'est pourquoi bien des aliénistes envisagent encore sceptiquement ce mode de traitement ; mais ce n'est que l'expérience qui peut dans ce cas-là servir de règle, et celle-ci nous apprend que les malades, même les plus excités, se calment au lit. Le traitement par le repos au lit s'est bien

acclimaté à Alt-Scherbitz, Leubus, Sorau et dans beaucoup d'autres asiles en Allemagne; — pendant les derniers trois ans il s'est acclimaté en France (1) (MM. Magnan, Joffroy, Briand, Toulouse et Sérieux l'ont appliqué dans leurs services); enfin, il s'est aussi acclimaté en Russie, comme le prouvent les travaux de Timofeew, Gowseew, Lewezatkin, Bernstein, Jurman, Bechterew et ses disciples, et quelques autres. Il n'y a donc pas de raison d'admettre que cette méthode ne soit pas susceptible d'être généralement répandue. Moi-même, avant de l'avoir appliquée, je ressentais une grande timidité.

Cependant, au bout de quelque temps, l'expérience m'a appris que la méthode de l'alitement est tout à fait applicable, que les moyens coercitifs, comme la camisole et la cellule, sont complètement superflus, et qu'on peut calmer les aliénés à l'aide des moyens tout à fait humanitaires. Aux sceptiques je ne conseillerai qu'une chose : qu'ils essayent eux-mêmes, et ils s'en convaincront.

Ici, par un cours naturel des choses, se présente à l'esprit la question : Comment se fait-il que l'alitement agit sur les malades d'une manière aussi calmante et qu'on parvient à garder au lit même des malades très excités ? En examinant de plus près cette question, nous arrivons à la conviction que l'influence sédative du lit dépend de plusieurs conditions. Avant tout, l'alitement diminue la quantité d'excitants extérieurs et par conséquent il procure au cerveau du repos. Sous ce rapport, son effet est analogue à celui qu'il exerce sur les malades atteints d'une grave névrose (voir la méthode de Weir-Mitchel). Si nous nous rappelons la grande exci-

---

(1) Sérieux et Farnarier. Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit. *Annales méd.-psychol.*, 1900, n° 1.



tabilité des aliénés, la facilité avec laquelle s'éveillent chez eux les émotions et le délire sous l'influence de tels ou tels excitants, nous comprendrons que la diminution de l'affluence des impressions doit agir absolument d'une manière sédative sur le malade. Mais il y a encore d'autres causes qui agissent de la même manière. L'aliéné est enclin à l'imitation. Nous savons bien que l'excitation d'un malade se communique facilement à un autre. Nous avons donc tout lieu d'admettre que le calme des uns peut lui-même se communiquer aux autres.

En outre, Scholz fait valoir cette circonstance que, malgré toute l'excitation du malade, au fond de sa conscience repose toujours le sentiment d'une maladie grave, le sentiment d'impuissance et du besoin du salut ; par conséquent il accepte avec gratitude l'occasion qui se présente pour recouvrer le calme. Le même auteur émet aussi l'opinion, que l'alitement régularise la circulation, ce qui peut de même produire un effet favorable sur l'état mental du malade. Voilà les agents principaux qui font que les malades se calment vite sous l'influence de l'alitement. L'effet sédatif de l'alitement sera pour nous d'autant plus compréhensible, si nous comparons le régime qui règne dans l'hôpital lorsqu'on applique la méthode de l'alitement avec la vie intérieure des asiles dans lesquels cette méthode n'est pas appliquée.

L'asile, étant d'une haute importance thérapeutique pour les aliénés, en les préservant contre une foule d'impressions de la vie quotidienne, en les séparant de la famille, des connaissances, etc., peut devenir lui-même une source d'excitants défavorables résultant de l'excitation des autres malades et de diverses collisions qui sont une conséquence naturelle de la vie commune de tant d'individus irraisonnables.

Imaginons-nous le quartier des agités tel qu'il est lorsqu'on n'applique pas la méthode du traitement au lit. Un tel quartier, et surtout sa salle du séjour diurne, retentit sans cesse d'un bruit vraiment infernal. Les malades courent, sautent, dansent, chantent, crient, se querellent, s'injurient, etc. Il en résulte une vraie tourmente de folie, d'où coule et se répand la contagion inévitable sur chaque individu pris séparément. L'excitation des uns se communique aux autres et retourne aux premiers ; mais ce flot rétrograde de l'excitation est déjà plus puissant, — il se produit par conséquent une vraie cumulation des excitations. Ajoutons-y que les malades agités se querellent souvent entre eux, s'attaquent les uns les autres, se battent, se blessent mutuellement, et nous comprendrons que l'aliéné, dans de telles conditions, s'excite d'autant plus.

Ce côté fâcheux de la manière d'être dans l'hôpital est supprimé complètement ou presque complètement par la méthode de l'alitement.

Cette méthode supprime tout attroupement des aliénés vociférants, en permettant de les placer sur un plus grand espace. Du moment que nous appliquons la méthode du traitement au lit, la subdivision ancienne en salles de séjour diurne et nocturne perd sa valeur absolue. Les salles de séjour nocturne deviennent pour les malades alités en même temps des salles de séjour diurne, et par conséquent dans ces dernières séjournent seulement les malades plus tranquilles. A la suite du placement des malades sur un plus grand espace, l'influence défavorable des uns sur les autres s'affaiblit notablement. Puis, l'alitement, en exerçant un effet calmant sur chaque malade en particulier, crée en somme un milieu d'où cessent de découler des excitants défavorables. Enfin, par l'application de ce système, les collisions, les querelles se réduisent presque au néant,

ce qui ne peut pas être sans produire un effet calmant.

Après avoir examiné minutieusement la technique de la méthode de l'alitement et après avoir expliqué le mode de son action, nous pouvons maintenant envisager la question des avantages que cette méthode nous procure.

Le traitement par le repos au lit est, sous bien des rapports, important et utile. Avant tout il rend le malade tout à fait incapable de nuire tant à lui-même qu'à l'entourage. Le malade se trouvant au lit et sans cesse surveillé ne peut faire du mal, ni à soi-même, ni à un autre malade. Non seulement les malades dont la conscience est plus ou moins troublée, les malades se jetant à l'aventure çà et là, mais aussi les mélancoliques enclins au suicide, les malades s'efforçant avec toute leur lucidité de se suicider, ne peuvent rien entreprendre qui pourrait menacer sérieusement leur vie. Voilà le premier énorme avantage du traitement au lit. Puis, les malades prompts à causer de l'ennui à leurs camarades, les malades agressifs, sont complètement privés du pouvoir d'inquiéter les autres. Dans les asiles où l'on applique l'alitement, on voit rarement chez les malades des ecchymoses et des plaies, tandis que dans les asiles où la méthode du traitement au lit n'est pas appliquée, les blessures sont à l'ordre du jour. Troisièmement, il faut faire remarquer que l'alitement est un excellent moyen pour combattre les habitudes de malpropreté. On ne peut pas nier que même chez les alités on rencontre quelquefois le gâtisme; mais ces scènes hideuses qui se produisent continuellement parmi les locataires des cellules n'ont plus lieu. La cellule qui servait longtemps de logis à l'aliéné présente toujours un certain aspect particulier. Aux murailles nous apercevons çà et là des taches caractéristiques qui frappent par leur odeur abominable; — les mêmes taches nous les trouvons sur les mains et sur les autres

parties du corps du malade. Se salir et salir sa chambre d'excréments, c'est l'occupation la plus favorite des locataires des cellules. Rien de pareil n'a lieu lorsqu'on applique la méthode du traitement au lit. La société du reste des malades et la surveillance continue des gardiens font que les malades s'abstiennent de toute action cynique. Puis, il faut ajouter que la lacération des habits n'a presque jamais lieu, puisque les malades alités ne portent que des chemises et qu'ils sont d'ailleurs bien surveillés à cet égard.

Je laisse de côté d'autres avantages moins importants et je passe à l'avantage de la plus haute importance : l'alitement agit sur les malades comme un moyen sédatif puissant.

J'applique la méthode de l'alitement depuis six mois, et j'avoue que, grâce à elle, j'ai obtenu des résultats admirables. A partir du moment de son application et de l'abolition des moyens coercitifs (camisole, cellule), l'aspect du service s'est entièrement modifié. Les cris, le vacarme ont fait place au calme relatif. Certes, on voit encore à présent des scènes d'excitation ; mais elles sont aujourd'hui beaucoup plus rares et bien plus faibles qu'autrefois. Par contre, pendant des heures et même des journées entières, il règne souvent un calme admirable, comme par exemple dans un service de malades internes. Tous les aliénistes qui appliquent la méthode du traitement au lit constatent que, grâce à elle, l'asile perd la physionomie d'une maison de fous et devient semblable à tout autre hôpital. Ces excellents résultats, j'ai réussi à les obtenir même chez des malades assez difficiles à manier. Des 70 malades traités dans le service pendant le dernier semestre, 35 malades, c'est-à-dire 50 p. 100, ont été alités, pour différentes raisons et surtout à cause d'une plus ou moins grande agitation. Les malades alités appartenaient aux catégories

les plus variées. Il y avait parmi eux des cas suivants : 3 de manie aiguë, 3 de manie périodique, 7 de mélancolie, 1 de folie circulaire, 1 de confusion mentale, 1 de paranoïa aiguë hallucinatoire, 1 de paranoïa chronique, 1 de paranoïa masturbatoire, 1 de catatonie, 1 de dégénérescence psychique avec impulsion au suicide, 1 de démence sénile, 3 de démence secondaire et 9 de paralysie progressive.

La liste ci-dessus prouve que parmi les alités il y avait beaucoup de malades qui sont d'habitude très agités et difficiles à calmer. Et cependant j'ai réussi à les calmer assez vite grâce à l'application rationnelle de la méthode du traitement au lit.

Tout aliéniste connaît bien la grande importance des agents calmants dans la thérapeutique des maladies mentales. Donc, si l'on nous propose une méthode curative permettant d'exercer vite et sûrement un effet calmant sur les aliénés, il faut que nous sachions l'estimer ; et une telle méthode est justement la méthode de l'alitement. Ajoutons encore ce que nous avons du reste déjà mentionné plus haut, que le traitement au lit est une méthode tout à fait humanitaire, qu'elle supprime complètement tous les moyens coercitifs, comme la camisole et l'isolement en cellule, et permet ainsi d'atteindre dans la thérapie psychiatrique l'idéal de « no-restraint ».

Or, la suppression de la camisole et de la cellule équivalant à la suppression des moyens dont l'influence est, à vrai dire, plus fâcheuse que bienfaisante. Plusieurs aliénistes soutiennent depuis longtemps que la camisole, au lieu de calmer un agité, l'excite encore davantage ; qu'elle n'est point un moyen curatif, seulement un appareil destiné à restreindre la liberté des mouvements ; que lorsqu'elle est mal mise par les gardiens, elle blesse les malades et rend leur respiration difficile ; qu'enfin elle offense à un haut degré la dignité humaine du malade.

Moins répandue est l'idée de l'effet fâcheux de l'isolement en cellule. Il y a cependant aujourd'hui bien des aliénistes qui considèrent la cellule elle-même comme un moyen fort nuisible. Scholz dit : « Tous les mauvais sentiments, la méchanceté, la peur et la rage remplissent l'âme du malade (qui se trouve en cellule). Dans l'isolement, il perd le sentiment d'appartenir au genre humain et devient exclusivement victime de ses idées morbides. Le malade perd la dignité humaine, se met tout nu, déchire ses habits, se salit d'excréments, contracte des habitudes abominables, vraiment bestiales. » Il faut y ajouter encore que la cellule est souvent dangereuse pour le malade. Le malade s'y roule par terre, se cogne la tête contre le mur, s'arrache les parties génitales, se crève les yeux, se mord et se blesse, etc. Voilà les raisons pour lesquelles beaucoup d'aliénistes condamnent à présent la cellule d'une manière absolue.

En égard à tout ce que nous avons dit de la camisole et de la cellule, l'énorme importance de la méthode du traitement au lit devient pour nous d'autant plus claire. C'est, à n'en pas douter, une méthode excellente; — au point de vue humanitaire aussi bien qu'au point de vue médical, elle est au-dessus de toute critique.

Je vais faire encore mention d'une circonstance dont il a déjà été question plus haut, à savoir : la méthode du traitement au lit diminue la quantité de médicaments calmants et narcotiques que nous ordonnons d'habitude aux malades. Ces médicaments employés pendant un grand espace de temps ne peuvent pas rester sans un mauvais effet sur l'organisme ; donc, en en restreignant l'usage, nous apportons par cela même un bénéfice au malade.

En faisant valoir les avantages et l'importance curative de la méthode du traitement au lit, je dois ici faire remarquer qu'il y a tout de même des aliénistes qui

soulèvent contre elle de graves reproches. A ceux-ci appartiennent les aliénistes russes Trapieznikow (1) et Ossipow (2), les assistants de Bechterew. Ces auteurs reprochent au traitement par le repos au lit ce qui suit : 1° Les malades traités au lit perdent de leur poids ; 2° ils souffrent de constipation ; 3° ils se livrent très souvent à la masturbation ; 4° ils s'habituent tellement à être couchés qu'il est fort difficile de les ramener à l'ancien régime ; ils voudraient toujours être couchés. Ayant en vue les objections ci-dessus, j'ai tâché de les vérifier. Et voilà les résultats auxquels une expérience de six mois m'a conduit.

1° En pesant mes malades à certains intervalles, je me suis convaincu que quelques-uns d'entre eux maigrissaient en effet ; mais je me suis aussi convaincu que d'autres malades prenaient de l'embonpoint ; puis je me suis persuadé que les mêmes malades, tantôt perdaient, tantôt gagnaient du poids ; ainsi donc, on ne peut, d'aucune façon, considérer l'amaigrissement comme phénomène général. Entre quinze malades que j'ai pesés pendant un long espace de temps, il n'y en avait pas un seul qui aurait constamment perdu du poids ; — le poids variait continuellement chez tous, tantôt diminuant, tantôt augmentant, et chez huit malades ces variations finirent par un surcroît, chez sept par une diminution.

En outre, je ferai encore remarquer que pour les cas qui finirent par une diminution, elle était pour la plupart tout insignifiante. Et en effet, dans un cas, la perte finale du poids était de 1 kil. 450 ; dans le deuxième,

---

(1) Trapieznikow. Le traitement des aliénés par le repos au lit (en russe). *Obozrenié psichiatrii.*, 1898.

(2) Ossipow. La valeur thérapeutique du traitement des aliénés par le repos au lit (en russe). *Obozrenié psichiatrii.*, 1898.

1 kil. 700 ; dans le troisième, 1 kil. 600 ; dans le quatrième, 750 grammes ; dans le cinquième, 750 grammes ; dans le sixième. 1 kil. 50 ; dans le septième, 4 kil. 220 (le seul cas où la perte était le plus considérable). Comme preuve de la variation du poids, je citerai par hasard deux cas, dont un finit par une augmentation et l'autre par une diminution du poids.

*Premier cas.*

17/VII.	46 600.	16/IX.	47 800.	15/XI.	50 000.
27/VII.	48 700.	29/IX.	46 500.	26/XI.	48 000.
12/VIII.	46 900.	12/X.	49 000.	8/XII.	50 300.
21/VIII.	45 720.	25/X.	47 450.	12/XII.	52 000.
1/IX.	48 150.	5/XI.	48 500.		

*Deuxième cas.*

4/VI.	46 150.	3/VIII.	45 500.	24/X.	44 800.
12/VI.	45 300.	1/IX.	46 000.	5/XI.	45 500.
21/VI.	44 000.	16/IX.	45 100.	26/XI.	44 850.
8/VII.	43 600.	29/IX.	45 000.	8/XII.	45 400.

En analysant de plus près les conditions qui sont cause que les malades tantôt maigrissent, tantôt engraisent, je suis arrivé à la conviction qu'elles dépendent : a) de ce que le malade se nourrit bien ou mal, b) de la période de maladie à laquelle nous avons affaire. Nous savons fort bien que les malades maigrissent au début de la psychose aiguë, qu'ils maigrissent alors indifféremment s'ils sont couchés ou s'ils marchent. Si donc, dans la période initiale, le malade, étant couché, maigrit, nous ne devons pas le mettre sur le compte de l'alitement. Et de l'autre côté nous savons bien que le rétablissement psychique est toujours suivi d'engraissement ; donc le surcroît du poids doit souvent être attribué au rétablissement de la santé. Mais outre ces conditions, il doit en exister encore d'autres, insaisissables de plus près, puisque les malades, sans cause manifeste, tantôt maigrissent, tantôt engraisent.



2° Quant au reproche que l'alitement produit la constipation, je n'ai pas pu la constater non plus. Mes malades alités n'ont nullement besoin de plus de remèdes purgatifs que les malades non alités.

Si l'alitement produisait la constipation, ce serait un fait qui aurait frappé les yeux, puisque le contrôle sur les malades alités est, sous ce point, infiniment plus facile. Je n'ai observé rien de pareil.

3° Quant à la masturbation, je dois faire remarquer qu'elle est en général un fléau des asiles, et avec n'importe quel système curatif. Le malade trouvera toujours une occasion pour s'abandonner à la masturbation, soit de jour, soit de nuit. Toutefois, je dois avouer que le contrôle des malades alités est même à cet égard beaucoup plus précis. Le gardien surveille sans cesse les malades, observe leurs actions et fait toujours attention (ce qui lui est rigoureusement recommandé) à ce que les malades tiennent leurs mains sur la couverture. Dans ces conditions il est plus facile de contrôler les malades que lorsqu'ils marchent librement dans tous les recoins de l'hôpital ou lorsqu'ils sont enfermés dans la cellule.

4° En ce qui concerne l'objection que le malade prend une trop grande habitude de rester au lit, il est aussi injuste. Tous mes malades qui ont été traités pendant un certain laps de temps par la méthode de l'alitement, une fois soumis de nouveau au régime ordinaire, s'habituèrent très facilement à la nouvelle position. D'ailleurs, il y a un moyen à employer pour que le malade ne s'habitue pas trop à l'alitement, c'est de l'obliger à se lever du lit plusieurs fois par jour. Mes malades se lèvent du lit plusieurs fois par jour pour prendre leur nourriture dans la salle à manger, sans compter qu'ils doivent se lever également pour aller à la selle dans les water-closets. Et, en été, on fait promener un certain nombre de malades alités dans le jardin.

De ce qui a été dit ci-dessus, il résulte qu'aucun des reproches allégués par les auteurs russes mentionnés ne soutient la critique.

Grâce à une expérience de six mois, je suis devenu le plus ardent partisan de la méthode du traitement par le repos au lit. Je vois en elle un grand triomphe scientifique, je la considère comme un grand pas en avant dans le domaine de la thérapeutique des maladies mentales. La découverte du fait que le malade se calme par le repos au lit est en lui-même très simple ; mais que de fois les grandes découvertes sont justement simples et combien de siècles il faut souvent attendre l'apparition de cette découverte ! Les aliénés étaient torturés, persécutés, garrottés et personne ne pressentait qu'en les traitant d'une manière humaine, nous atteindrions le plus vite le but désiré.

---

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1900

**Présidence de M. MAGNAN.**

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

MM. Dericq, Leroy, Trenel et Vigouroux, membres correspondants, assistent à la séance.

*Correspondance et présentations d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. Greidenberg, de Kharkow, nommé membre associé étranger ;

2° Une lettre de candidature de M. Taty, de Lyon, au titre de membre correspondant. — Commission : MM. Legras, Ritti et Boissier, rapporteur ;

3° Une lettre de M. Maurice Dide, médecin adjoint de l'asile de Rennes, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Joffroy, Dupain et Sérieux, rapporteur ;

4° Une lettre de M. Paul Masoin, médecin à la colonie de Gheel (Belgique), sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Joffroy, Magnan et Paul Garnier, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Annales de la Société belge de neurologie*, 1900, n° 5.

2° *Revue de l'hypnotisme*, numéro de décembre.

*Election du bureau pour 1901.*

1° Il est procédé au scrutin pour l'élection d'un vice-président :

M. MOTET est élu à l'unanimité des suffrages exprimés ;

2° M. RITTI est réélu secrétaire général par acclamation ;

3° MM. RENÉ SEMELAIGNE et PAUL SOLLIER sont réélus secrétaires annuels par acclamation ;

4° M. BRUNET est réélu trésorier par acclamation ;

5° M. BOISSIER est réélu bibliothécaire-archiviste par acclamation ;

Le conseil de famille est constitué par les membres du bureau, auxquels sont adjoints les deux derniers présidents : MM. JULES VOISIN et MAGNAN.

Le comité de publication est composé de MM. BALLET, BRIAND et VALLON.

La commission des finances est composée de MM. CHRISTIAN et FALRET.

*Observations pour servir à l'histoire du délire  
des négations.*

M. PAUL GARNIER donne, au nom de M. PAUL MASOIN, médecin à la colonie de Gheel, lecture de la communication suivante :

L'étude de cet état délirant spécial a donné naissance à des travaux dont l'intérêt ne le cède en rien à l'érudition ; mais, il faut l'avouer, l'entente n'est guère plus grande aujourd'hui qu'en 1892, lorsque, au Congrès de Blois, le délire des négations, faisant son entrée officielle dans le monde médical, y fut l'objet de discussions savantes et de judicieuses observations.

Que chacun contribue donc à l'œuvre commune ; ce faisant, nous ne voulons pas plus, trop heureux déjà, si, toute modeste qu'elle soit, notre œuvre peut être de quelque utilité pour l'étude de la question.

OBSERVATION I. — *Mélancolie anxieuse. — Délire des négations (syndrome de Cotard).*

S... V..., âgée de cinquante-huit ans, est admise à la colonie de Gheel le 23 juin 1890. Sa feuille d'observation, très sobre de commémoratifs, « néant », nous apprend uniquement

que S... est atteinte d'aliénation mentale depuis quelques semaines et que c'est sa première atteinte.

Elle circule en se lamentant d'une manière monotone, jette autour d'elle des regards inquiets; toujours en mouvement, ne répond à aucune question; étrangère à ce qui l'entoure; assez obstinée, ne veut pas toujours se mettre à table.

Aucun changement n'est noté jusqu'en novembre 1891, où nous lisons sur les notes médicales : la malade se dit damnée; elle demande si elle a un mari, si elle a des enfants. Peu après se produisent des périodes d'agitation et de dépression.

En mars 1892, l'anxiété avec idées de damnation domine.

Années 1893 et 1894. Les notes médicales pour chacune de ces années portent : « sans changement »; santé satisfaisante.

1895. Egoïste; aurait manifesté durant quelque temps des idées de grandeur (?) (Renseignements contradictoires à cet égard); dit « avoir damné Dieu »; elle est souvent agitée, et circule alors en gémissant, jurant et blasphémant.

Raptus mélancoliques; au cours de l'un d'eux elle a jeté aux lieux d'aisances des bijoux dont elle s'était emparée. Elle se pince parfois les bras et le tronc jusqu'au sang; on n'a jamais remarqué d'autres automutilations (1); pas de tentatives de suicide.

L'état mélancolique et les idées de damnation persistent les années suivantes; à noter son mot actuel (1897) : « Je suis crevée. »

Elle est atteinte d'un prolapsus utérin.

A notre entrée au service à la colonie de Gheel (1899), nous remarquons cette malade et la signalons comme un bel exemple de délire des négations consécutif à la mélancolie (syndrome de Cotard).

Elle est âgée aujourd'hui de soixante-huit ans; elle n'avance qu'en suite d'appels réitérés, les yeux baissés, le plus souvent marmottant quelques plaintes, presque toujours les mêmes : « Qu'est-ce que j'ai fait, moi? — Je ne sais pas ce que cela veut dire avec moi. — Je suis damnée, moi. — Je suis morte, moi! etc... » Sa physionomie, où le temps et l'angoisse ont creusé leurs sillons, témoigne de l'anxiété dans laquelle elle

---

(1) M. le Dr Boeckmans, médecin principal à la Colonie, m'a cité le cas d'une aliénée qui, dans un état analogue à celui de S..., avait jeté une ligature sur la matrice prolapsée. Peut-être existait-il des hallucinations génitales, comme il s'en rencontre souvent chez les malades qui présentent des idées de damnation, et surtout de possession; et c'était le cas d'ailleurs.

vécût et de la douleur qui aujourd'hui encore n'a pas cessé de l'étreindre.

Voici des échantillons de dialogues recueillis en sténographie et fidèlement reproduits :

— Quel est votre nom?

— Je n'ai pas de nom, moi... (Sur mes instances, elle répond : Victorine).

— Votre âge?

— ... Je ne sais pas... Je ne suis plus vivante... Je ne suis plus rien du tout, hein?

— Qu'êtes-vous?

— Je ne suis plus rien du tout, hein? moi!... (elle répète cette phrase plusieurs fois)... Je ne sais pas ce qu'on a fait avec moi... Qu'est-ce qu'ils font avec moi? Est-ce que j'ai fait du mal aux gens, moi, hein, monsieur?

Non, dis-je, mais qui donc vous tourmente?

— Je ne sais pas... je n'ai plus de langue, hein?... Je n'ai plus de pieds, hein?...

Les interrogatoires doivent être courts, car la malade se renferme bientôt dans le mutisme; ses réponses sont d'ailleurs stéréotypées, et je pourrais en publier des pages entières dans le genre des précédentes.

Voici quelques interrogatoires de nature à mettre en relief diverses particularités de son délire.

— Qui êtes-vous?

— Rien du tout; je ne suis rien du tout, hein, moi, monsieur?... dites, monsieur... Est-ce que je suis une sale bête, moi?... Est-ce que je suis un démon, moi?... Est-ce que je suis le diable, moi?... Est-ce que je suis damnée, moi?... dites, monsieur,... Ai-je fait du mal aux gens, moi?

— Etes-vous damnée de Dieu? (reprenant ainsi une de ses expressions).

— Il n'y a pas de Dieu, n'est-ce pas, monsieur... Il n'y a pas de Dieu, hein?

..... Je suis tuée, moi, hein, monsieur?... On m'a tuée, moi, hein, monsieur?...

..... Je suis morte, dites donc, hein?... Je suis enterrée, dites, monsieur?...

Habituellement calme, ne rendant aucun service, elle circule dans la maison, monologuant sous forme d'interrogations salitane de malheurs.

Parfois cependant, et le fait était jadis bien plus fréquent et plus marqué qu'aujourd'hui, elle est agitée, surtout le soir et la nuit; elle va et vient alors, en proie à la plus vive inquiétude; alors aussi, les blasphèmes, les hurlements se succèdent, et les idées de damnation ou de possession se traduisent.

Il me serait difficile de dire s'il existe des hallucinations de la vue ou de l'ouïe; en dépit de ses réponses négatives, et de quelque manière que j'interroge, je suis tenté cependant de croire, à en juger par ses paroles et par sa mimique, que, dans les états d'agitation anxieuse, la malade est tourmentée de visions terrifiantes (flammes?...).

Serait-on autorisé à considérer comme des hallucinations psycho-motrices dans leur plus haute expression l'impulsion de la malade à lancer des jurons, à blasphémer, etc..., tandis qu'elle présente une exacerbation de l'état anxieux? Peut-être bien, d'autant plus que les impulsions verbales sont très fréquentes dans ces états (Séglas). Je n'ai pu cependant me former une conviction à cet égard, car si elle dit : « Je n'ai pas juré, hein, monsieur? », je pourrais répondre qu'elle nie tout ce qui la concerne, même des sensations douloureuses qu'elle a cependant manifestement perçues.

La fonction musculaire participe à ce ralentissement de l'activité cérébrale volontaire; les réflexes rotulien et plantaire existent, mais affaiblis.

Sensibilité générale : des excitations manifestement douloureuses (piqûres) pour un sujet normal semblent indifférentes; il n'existe cependant aucun endroit absolument anesthésique (sensibilité douloureuse).

Etant donnée la tournure négative d'esprit de la malade, on conçoit que des recherches plus délicates de la sensibilité générale, et surtout de la sensibilité spéciale, soient de toute impossibilité. Santé générale excellente.

En résumé, voilà donc une femme qui pendant plusieurs années a présenté les symptômes de la *mélancolie anxieuse* durant laquelle se manifestèrent des *idées de damnation*; d'autre part, et insensiblement, des *doutes* se sont élevés quant à sa personnalité, et aujourd'hui nous constatons l'existence d'un *état mélancolique avec prédominance d'idées de négation* qui forment un système délirant donnant à cette malade une physionomie bien spéciale.

Cette observation suggère quelques réflexions.

Elle répond parfaitement au type décrit par Cotard, et ultérieurement étudié par Séglas, Régis, Toulouse, etc.; attachons-nous à quelques-unes de ses particularités.

On aura remarqué au premier abord la *tournure interrogative* que la malade donne généralement à ses réponses, qu'on pourrait résumer dans la formule :

« N'est-ce pas, monsieur, que cela n'existe pas ? Cela existe-t-il ? »

Au Congrès de Blois, en 1892, où fut portée la question du délire des négations, Vallon (1) attira l'attention sur la période de doute, caractérisée par des idées délirantes d'interrogation, à laquelle succéderait une phase dans laquelle se mélangent l'interrogation et la négation.

Qu'une période de doute doive précéder la période de négation, c'est dans l'ordre logique des choses, le doute étant le premier degré de la négation. Il est regrettable que le savant aliéniste français n'ait pas publié ses observations, car cette période de *délire d'interrogation*, comme il la désigne, ne paraît pas ressortir des observations que nous avons parcourues.

Vallon a sans doute en en vue cet état d'esprit qui fait que les malades usent d'expressions dubitatives ou interrogatives, telles que : peut-être, me semble-t-il, je pense, n'est-ce pas, hein ?... Sans vouloir en aucune manière contester l'existence d'une période de doute précédant la période de négation, bien au contraire, on ne peut cependant considérer ces formules comme propres à une période de doute, à une « période d'interrogation » qui marquerait la première étape de la systématisation des idées de négation. Notre malade, en effet, y recourt presque constamment, et, certes, on ne contesterait pas qu'elle soit un type bien accusé d'aliéné négateur ; Cotard, en étudiant des cas très anciens, les avait parfaitement remarquées, et nous les retrouvons dans la plupart des observations même à des stades très accusés dans la négation. Cette tournure spéciale des phrases, ce mode d'expression de la pensée est la traduction d'une altération déjà profonde de l'idéation, la perte de la vision mentale des objets (Cotard) : le sujet doute des nouvelles sensations, hésite sur leur signification, interroge parce qu'il a perdu le souvenir des connaissances correspondantes antérieures.

---

(1) *Archives de neurologie*, 1892 ; *Bull. de la Société de méd. ment. de Belgique*, 1892, n° 66 (d'après la *Semaine et le Progrès médical*).



Une autre particularité du langage, et de même origine, ressort du dialogue suivant :

- Qu'est-ce ceci ? lui dis-je en présentant mes mains.
- Ce sont des mains, cela... hein, monsieur, dites, ce sont des mains ?...
- Qu'est-ce cela ? (je lui désigne ses propres mains).
- ... (Elle regarde)... Ce n'est pas des mains cela...
- Qu'est-ce alors ?
- ... (Signe ?)...
- Qu'est-ce ceci ? (je désigne mes pieds).
- Les pieds, hein, monsieur ?
- Qu'est-ce ceci ? (je lui désigne ses propres pieds).
- ... (Signe ?)... Ce ne sont pas des pieds cela, n'est-ce pas, monsieur ? ce ne sont pas des pieds...
- Qu'est-ce cela ? (je désigne l'horloge).
- C'est une horloge, cela, n'est-ce pas ?

On le voit, cette malade dit, non pas : *vos* mains,... *vos* pieds,... *mes* mains,... *mes* pieds,... *l'horloge*,... mais bien : « ... *des* mains,... *des* pieds,... *une* horloge... », montrant ainsi que, si elle a conservé la connaissance des objets en eux-mêmes, elle a perdu en tout ou en partie la notion de la relation qui existe entre ces objets et leur origine, leur destination, etc.; elle a donc conservé la notion analytique des objets, mais elle n'est plus capable d'en faire un tout, la synthèse, et de déterminer leur caractère de contingence.

Il existe chez cette malade un état comparable, me semble-t-il, à celui de sujets qui, se trouvant en présence d'un mot écrit (ou imprimé), pourraient reconnaître isolément, et dans l'ordre, chacune des lettres, chacune des syllabes constitutives de ce mot, mais seraient incapables de reconstituer ce mot ; qui, même, pourraient-ils parvenir à la connaissance du mot, seraient dans l'impossibilité de le reconnaître, d'identifier cette image visuelle avec celle antérieurement connue. C'est ce qui ressort parfaitement de cette réponse, lorsque, désignant le fils de la maison, je demandais à S... : « Qui est cette personne ? » elle répondit : « C'est Jean, mais je ne le connais pas depuis que je suis ici » ; c'est-à-dire donc : ce sont les traits de Jean (image visuelle très compliquée), c'est la voix de Jean (image auditive), etc. ; chacun des signes qui..... lui faire reconnaître la personne

ou l'objet est isolément reconnu en lui-même ; mais il y a impossibilité pour la malade de grouper, de synthétiser les divers modes de la connaissance fournie par les divers sens pour les identifier avec la connaissance antérieure de cette même personne ou de ce même objet.

Le court interrogatoire ci-dessus rapporté démontre enfin l'existence de deux modalités différentes dans la négation, qui se traduisent par deux modalités correspondantes dans le langage. D'une part, pour ce qui concerne immédiatement sa propre personne, négation, négation sous forme d'interrogations ; d'autre part, pour ce qui l'environne, doute, interrogations, affirmations interrogatives. Ces modalités différentes dans la négation se rencontrent fréquemment dans les relations que nous avons parcourues ; elles semblent généralement en rapport avec la succession chronologique des idées de négation, qui, le plus souvent (ce qui fut ici le cas), intéressent d'abord la personnalité morale, la condition sociale du sujet, ensuite sa personnalité physique, pour s'étendre ultérieurement aux choses extérieures.

Il est à remarquer que cette observation se rapporte encore une fois à un sujet du sexe féminin ; la fréquence incomparablement plus grande de ces cas chez la femme est peut-être simplement en relation avec ce fait, que la mélancolie anxieuse, et, d'une manière plus générale, la mélancolie aiguë, est plus fréquente aussi chez la femme que chez l'homme.

A noter encore l'âge de la malade au moment de l'apparition des idées de négation : cinquante-neuf ans, soit donc la conformité avec la règle généralement observée (1).

Les idées de négation (période de doute) paraissent s'être manifestées peu de temps (un an et demi) après le début de la mélancolie, dont c'était la première atteinte. Il semble que leur apparition ait été contemporaine des idées de damnation ; on ne retrouve certainement pas ici une période antérieure spécialement caractérisée par des idées de damnation ou de possession.

---

(1) Arnaud. *Ann. méd.-psych.*, 1892, p. 403.

Nous ne possédons aucun renseignement sur l'état d'esprit, l'humeur, le caractère antérieur de la malade, pas plus que sur la question d'hérédité; quant à sa position sociale, elle était, elle aussi, tout à fait... négative.

A côté de ce cas, délire des négations, type Cotard (Séglas), nous avons eu l'heureuse fortune de rencontrer en même temps un *persécuté mégalomane*, qui exprime, lui aussi, des idées de négation très accusées; elles se présentent donc ici dans un cadre bien différent que dans la précédente observation.

OBSERVATION II. — G. G..., âgé de quarante-sept ans, admis à la colonie de Gheel, le 7 juillet 1897. Commémoratifs nuls.

1897. Toujours concentré, mange à peine; dit que tout aliment est inutile; il a le pharynx et l'anus bouchés; il n'a plus ni estomac ni intestins; sitiophobie; diminution de l'activité physique et psychique.

Années suivantes. Les notes médicales portent qu'il présente souvent des périodes de délire hypocondriaque: « Il n'existe pas, il n'a pas d'intestins, etc. » Il refuse parfois de manger.

1900. Grand, maigre, pâle, toujours seul, peu communicatif; il sort, se promène dans les rues de la cité dolente, s'intéresse vaguement au mouvement et aux menus incidents de la vie journalière.

Il se croit de haute origine, n'en n'allègue aucune preuve, est très sobre de paroles à cet égard, comme sur tout le reste, d'ailleurs.

Des êtres invisibles s'évertuent à vouloir le faire mourir: ils lui ont déjà enlevé son cerveau, sa poitrine, son cœur, ses intestins, etc. « Il n'est cependant pas encore mort. »

— Comment allez-vous? lui dis-je.

— Très bien, je ne saurais pas me porter mieux.

— Pourquoi pas?

— Parce que je n'ai plus rien... et quand on n'a plus rien l'on ne saurait pas devenir malade.

— Mais si vous ne pouvez pas devenir malade, dans ce cas vous ne mourrez jamais?

— Cela, je n'en sais rien... mais je vous l'ai déjà dit: ils m'ont tout enlevé... (suit l'énumération habituelle); ils voudraient bien me tuer, mais je ne suis pas encore mort.

Il aurait dit autrefois, paraît-il, qu'« il avait été un petit diable »; les idées de damnation ou de possession n'existent plus aujourd'hui. En général hautain et grossier, il varie assez souvent d'humeur suivant la nature des idées dominantes du

jour : tantôt ce sont les idées de grandeur, et pendant plusieurs jours on devra l'appeler « duc de Brabant »; tantôt ce sont les idées de persécution, et personne ne pourra s'occuper de sa chambre; tantôt, au contraire, ce sont les idées hypocondriaques : il se tient alors au lit, refuse obstinément de manger sous prétexte qu'il n'a plus rien dans le corps, qu'il est mort, qu'on l'a détruit, etc. Ce dernier état, qui rappelle celui de la mélancolie avec stupeur, se reproduit à peu près tous les ans et dure un mois à un mois et demi. Jamais, même alors, il n'exprime ni doutes, ni idées de négation quant à ce qui l'entoure.

Ni la sensibilité générale, ni la sensibilité spéciale (ouïe, vue) ne présentent rien d'anormal.

Les idées de négation sont donc, ici aussi, nettement exprimées : ce persécuté, en apparence simplement hypocondriaque, se présente parfois comme un mélancolique en état de stupeur; ses idées de négation forment le fond de son délire, sont sa préoccupation malade dominante; et cependant, quelle différence entre ce malade et celui dont nous avons d'abord relaté l'histoire !

Chez le premier, après une période de doute, la négation apparaît, elle se développe insensiblement jusqu'à envahir le sujet tout entier. Il y a là une systématisation progressive de la négation du moi sentant, ou plutôt du moi sentant autrement ou ne sentant plus; la notion de l'ancienne personnalité physique disparaît graduellement du champ de la conscience, et quand elle sera suffisamment effacée — car elle ne disparaîtra pas complètement — surgira la nouvelle personnalité avec des attributs nouveaux et supérieurs à l'ancienne : idées de grandeur, délire d'énormité, idées d'immortalité.

Chez le second, au contraire, pas de systématisation, pas de concentration progressive dans la négation, mais plutôt une lutte permanente avec des persécuteurs « qui n'ont point encore raison de lui »; fier, hautain, il résiste; le sentiment naturel de sa puissance se révolte et proteste contre les mutilations corporelles ourdies par ses ennemis.

Qu'elles apparaissent donc chez le mélancolique, les idées de négation grandissent parce que, loin de rencontrer de la résistance, elles trouvent au contraire un excellent terrain à leur développement : tout mélanco-

lique est négateur par nature. Mais que le persécuté de tantôt devienne mélancolique à son tour, que les troubles de la cénesthésie l'envahissent pour quelque temps et le submergent tout entier, il n'y aura plus, en principe, de différence essentielle entre ces deux sujets; c'est ce que nous constatons en effet. Si tous deux disent alors : « Je suis mort », le persécuté ajoutera : « On m'a tué », extériorisant l'origine de ses sensations anormales, le mélancolique, au contraire, reportant cette cause au-dedans de lui-même. Mais, au fond, ces deux sujets sont en ce moment absolument identiques; le mélancolique a mis plusieurs années pour arriver à la situation où ce persécuté hypocondriaque peut être jeté en quelques jours.

Ce qui donc, à nos yeux, caractérise le « délire des négations, type Cotard » (Séglas), ce ne sont, en tout et pour tout, que les idées de négation dans leur évolution progressive. Ainsi que Toulouse (1) l'exprima le premier, je pense, il faut résolument retrancher du « syndrome de Cotard » ce qui ne lui appartient pas en propre, pour y maintenir purement l'idée de négation de la personnalité systématiquement progressive, graduellement envahissante et grandissante. Il faut, suivant son heureuse expression (2), « dénuder le syndrome original », remonter à son début, le suivre dans son évolution pour arriver à établir sa signification, sa valeur nosologique dans les divers délires où on peut le rencontrer.

D'ailleurs, Séglas (3) lui-même, le brillant défenseur du délire des négations, dans son livre spécialement consacré à cet objet, et dans les conférences auxquelles nous avons eu l'honneur d'assister, s'est exprimé à cet égard d'une manière des plus explicites : « Parmi ses « éléments constitutifs (du syndrome de Cotard), il en est « qui n'ont absolument rien de particulier et ne sont « que des symptômes très ordinaires aux formes mé-

---

(1) Toulouse, *Gazette des Hôpitaux*, 1893; *Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, septembre, 1893.

(2) Toulouse, *Ann. méd.-psych.*, 1893, 7<sup>e</sup> série, vol. XVII, p. 270.

(3) Séglas, *Le délire des négations*, Paris, 1894, p. 61.

« lancoliques habituelles ; il n'y a guère que les idées de négation et d'énormité qui, tout en partageant les caractères généraux du délire, donnent en quelque sorte au syndrome sa physionomie particulière. » Mais c'est à la constitution de ce syndrome même que nous nous attachons : Séglas n'a-t-il pas décrit (1), sous la désignation de « cas frustes », ceux où, au cours de la mélancolie, les idées de négation suivent l'évolution habituelle, mais où, en même temps, les éléments qu'il dit « constitutifs » du syndrome n'atteignent pas leur développement maximum, peuvent même faire complètement défaut ? Dès lors, il n'y a pas de motifs, nous semble-t-il, pour considérer comme typiques les cas à symptomatologie complexe, sujette à variations de composition et d'évolution. Nous en arriverions peut-être ainsi à considérer comme tels, ceux-là précisément qui sont dépourvus de tout ce que les autres présentent de contingent et de variable ; et pourquoi pas ? Si, dans ces derniers, les idées de négation s'accusent avec plus d'intensité, il n'y a là rien d'étonnant, les troubles de la cénesthésie et l'humeur négative des mélancoliques anxieux étant, eux aussi, plus accusés que chez les mélancoliques à moindre degré.

Est-ce à dire qu'ainsi envisagée l'œuvre de Cotard et de ses défenseurs serait détruite, ou simplement amoindrie ? Nullement, bien au contraire.

Cette manière de considérer le délire des négations permettrait de faire rentrer plus franchement et plus aisément dans le cadre général les cas « frustes », ceux où les diverses « périodes » ne se sont pas produites, ou se sont irrégulièrement développées.

Cette conception plus simple élargit en définitive le cadre de cette variété de mélancolie ; car si les idées de négation sont, suivant l'expression de Cotard (2), « un état propre aux anxieux chroniques », on connaît aujourd'hui bien des cas (3) où les idées de négation se sont rencontrées de très bonne heure, et même tout au

---

(1) Séglas, *Le délire des négations*, Paris, 1894, p. 123.

(2) *Archives de Neurologie*, 1884.

(3) Pour n'en citer que quelques-uns : Ballet, *Congrès de Blois*,

début de la mélancolie, sans avoir été précédées d'une filière de symptômes et de périodes que Régis a combinés dans l'intéressante formule : « syndrome de Cotard ».

L'apparition de ce délire n'est après tout qu'une question de mode et de degré d'altération du sens cénesthésique : tout est là. Les conditions de physiologie pathologique existant, le terrain étant favorable, les idées de négation se développeront et occuperont finalement le premier rang dans le tableau des conceptions délirantes, imprimant alors au délire — le fait est incontestable — une couleur toute spéciale, donnant au sujet une physionomie toute particulière.

Et c'est le mérite incontestable de Cotard d'avoir attiré l'attention sur ces faits : que certains aient dépassé ses idées et celles de ses partisans, leur attribuant une portée qu'elles n'avaient pas, la chose est regrettable, car ces discussions n'ont guère eu d'autre résultat que d'amener de la confusion dans les esprits.

Après ce que nous avons dit, est-il nécessaire d'ajouter que nous considérons le délire des négations, non point comme le stade ultime d'évolution d'un délire spécial avec ses périodes successives, — idée faussement attribuée à Cotard et reprise parfois encore, — mais bien plutôt — nous rapprochant de la véritable idée de Cotard, si brillamment défendue par Séglas, Régis, etc., — comme un mode spécial d'évolution de certains cas de mélancolie où les troubles profonds de la cénesthésie conduisent naturellement à l'altération, et ultérieurement, à la destruction de la notion de la personnalité.

M. SÉGLAS. — L'interprétation nosologique du délire des négations est une question encore très discutée.

Certains auteurs tendent à en faire une forme morbide spéciale ; d'autres le considèrent simplement comme une variété de mélancolie ; d'autres le rattachent à la paranoïa ; pour d'autres enfin, il n'est qu'un délire systématisé secondaire.

Cette dernière opinion est celle que j'ai soutenue moi-même, en spécifiant bien que l'apparition du syndrome de Cotard n'impliquait nullement une transformation de la forme morbide première en une autre forme vésanique, mais marquait simplement une étape dans l'évolution générale de la maladie, en tant que délire systématisé secondaire ayant la signification du passage à la chronicité, puis à l'affaiblissement intellectuel.

Tout récemment, le Dr Obici a formulé une nouvelle interprétation nosologique du délire des négations, basée sur la conception de la mélancolie telle que l'enseigne le professeur Kraepelin.

Cet auteur admet, comme nous-même, que les idées de négation peuvent se rencontrer dans les psychoses les plus variées, mais prédominent sous une forme organisée, durable, dans les formes chroniques avec désorganisation de la personnalité.

Le délire des négations, lorsqu'il fait partie du syndrome de Cotard, se remarquerait spécialement dans les formes graves, à pronostic défavorable, de mélancolie que Kraepelin rattache à un processus initial d'involution sénile.

Les autres formes de mélancolie, survenant chez des sujets moins avancés en âge, ne sont en général pour Kraepelin que des cas de psychose périodique ou intermittente. Or, il est fréquent, ainsi que l'a signalé lui-même Cotard, d'observer le délire des négations chez des mélancoliques ayant eu plusieurs accès antérieurs. Dans ces derniers cas, le délire spécial n'apparaîtrait qu'à l'âge où débute le processus d'involution sénile, dont il semblerait n'être ainsi qu'une manifestation directe. Au lieu de faire corps avec la maladie première, de marquer une étape spéciale de son évolution, il ne serait plus qu'un symptôme concomitant, superposé, résultant des progrès de l'âge et non de l'évolution de la maladie antérieure qui fournirait seulement le terrain propice à l'éclosion de ce délire spécial.

Je ne puis ici examiner cette interprétation avec tous les développements qu'elle comporterait. Je ne fais que la signaler brièvement; j'aurai sans doute l'occasion d'y revenir plus en détail.



M. ARNAUD. — Comment alors interpréter les faits de délire de négation très caractérisés et aboutissant à la guérison?

*Quelques troubles du langage chez un  
paralytique général.*

M. Maurice Dide lit au nom de M. E. CHARDON et au sien la communication suivante :

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de paralysie générale où se sont montrés des phénomènes aphasiques.

Il s'agit d'un artiste lyrique de cinquante-deux ans. Nous ne trouvons comme antécédent héréditaire notable que la mère du malade, qui présenta à l'occasion de la lactation des troubles délirants ; elle ne fut cependant pas internée.

Notre malade, au dire de sa femme, qui le connaît depuis vingt-cinq ans, n'aurait jamais eu la syphilis. Il a fait quelques excès alcooliques comme ses camarades, mais sans passer pour un ivrogne. Il s'est de tout temps surmené, joignant le métier de costumier à son travail d'acteur : couché à 1 h. 1/2 du matin, il se levait très tôt pour aller ranger ses costumes.

Il eut, en 1899, trois fois la grippe et ne se remit pas complètement. Sa mémoire commença à baisser visiblement et il demeurait dans une torpeur dont rien ne pouvait le tirer. Incapable de continuer son travail, il fut mis à l'hôpital ; là, il eut quelques conceptions mégalo-maniaques. Transféré à Saint-Méen, nous ne lui trouvâmes point d'idées délirantes ; mais son affaiblissement intellectuel était manifeste. Il pensait être arrivé à l'asile le 1<sup>er</sup> octobre 1877 et les calculs les plus simples lui sont impossibles : 3 fois 2 font pour lui 63.

Il a cependant les pupilles égales et réagissant normalement à la lumière et à l'accommodation. Le langage mimique est compris.

L'articulation des mots est très embarrassée, bredouillée même parfois. On obtient assez facilement la répétition des mots donnés ; le malade arrive à s'exprimer spontanément et les réponses aux questions posées qu'il fait prouvent qu'au début il comprend à peu près. Mais au bout de peu de temps, il paraît ne plus saisir

le sens des paroles qu'on lui adresse. Il arrive à nommer correctement les objets courants qui lui sont montrés. Il n'a point voulu chanter. Invité à *écrire* son nom, il le fait correctement, et l'écriture est tout à fait ferme et bien lisible ; il écrit d'ailleurs très lentement. Mais si l'on *dicte* une phrase au malade : « Je suis à l'asile Saint-Méen », il écrit des syllabes dénuées de sens : « *je si sil mal* ». La dictée est faite mot à mot de façon à éliminer les troubles de la mémoire. L'*écriture spontanée* paraît également perdue ; car, prié d'écrire une lettre où il demande une faveur, il se contente d'écrire son nom.

La *lecture* n'a pas fourni de résultats concluants, car le malade prétend avoir besoin de lunettes pour lire et nous n'avons pas trouvé de verres qui puissent le satisfaire ; on a pu arriver à lui faire lire le titre du *Petit Parisien*.

On nous pardonnera le défaut de précision de certaines constatations en raison de la difficulté de pareilles recherches chez un paralytique général. Celui-ci arriva progressivement à un mutisme complet, ne parlant plus spontanément et ne répondant même plus aux questions posées.

Ne tenant plus sur ses jambes, on fut forcé de le coucher ; il était d'autre part complètement gâteux. — Le 1<sup>er</sup> novembre il eut une série d'attaques épileptiformes avec hyperthermie de 40 degrés, les phénomènes convulsifs étaient limités du côté droit. Il ne sortit point du stertor, et entre les attaques le côté droit présentait des mouvements rythmiques toutes les secondes environ et constitués par une secousse unique assez légère, ainsi que le professeur Joffroy en a observé chez un paralytique de son service cette année même. La connaissance de ce fait et d'un autre analogue observé dans notre service confirma le diagnostic de périméningo-encéphalite diffuse, jusque-là hésitant.

La mort survint le lendemain, et à l'autopsie on trouva le liquide encéphalo-rachidien considérablement augmenté.

Les artères de la base sont extrêmement athéromateuses, transformées en des tubes rigides. La pie-mère a généralement perdu sa transparence, et par places, no-

tamment au niveau de la scissure interhémisphérique et à la face externe du cerveau dans la région sylvienne, il existe des trainées lactescentes à peu près opaques. La pie-mère est partout très épaissie; elle se détache partout, excepté au niveau des circonvolutions rolandiques, où il existe d'incontestables adhérences.

La paroi du ventricule latéral est granuleuse et présente l'altération dite en « langue de chat »; il n'existe ni ramollissement ni hémorragie.

L'encéphale pèse 1.310 grammes.

Un fragment de la deuxième frontale gauche garni de sa pie-mère est prélevé, fixé dans du formol à 1/10, inclus dans la paraffine et coupé au centième de millimètre. Par le Weigert-Pal, on constate la disparition des fibres d'Exner.

Les méninges sont très nettement épaissies; mais le microscope montre que cet épaississement est inégal et existe surtout au niveau des gros vaisseaux, dont la tunique externe a proliféré et se trouve parfois infiltrée de cellules embryonnaires. L'endartère est intacte. Cette infiltration existe d'ailleurs d'une façon diffuse dans toute l'étendue de la méninge. Les vaisseaux de petit calibre sont très altérés; la tunique externe, cinq ou six fois augmentée de volume, est farcie de cellules embryonnaires. Ce processus de néoformation masque les éléments névrogliques péri-vasculaires; mais on note cependant dans la couche la plus superficielle du cerveau un développement pathologique de la névroglie.

Les cellules nerveuses nous ont paru fort altérées; mais il nous paraît prématuré de publier leurs lésions, alors que la limite exacte entre ce qui est normal et pathologique n'est pas encore nettement établie.

Nous avons rapporté complètement notre examen anatomo-pathologique, car l'enseignement du professeur Joffroy a montré que les lésions de la paralysie générale ne sont pas encore assez univoques pour qu'on puisse se contenter d'une affirmation sans arguments précis; d'autres malades offrent une symptomatologie clinique très voisine et les lésions observées sont très différentes.

Les troubles du langage s'observent-ils surtout dans

les cas où les méninges sont épaissies? C'est une question à laquelle d'autres autopsies pourront répondre.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

RENÉ SEMELAIGNE.

---

## SÉANCE DU 28 JANVIER 1901.

**Présidence de MM. MAGNAN et JOFFROY**

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Bernard-Leroy, Dontrebente, Giraud, Marie, Rayneau et Vigouroux, membres correspondants, assistent à la séance.

### *Installation du Bureau.*

M. MAGNAN. — Messieurs et chers collègues, je vous remercie tout d'abord du grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant pour la seconde fois à occuper ce fauteuil et en me désignant par cette élection pour la présidence du Congrès international de psychiatrie de 1900. Vous m'avez accordé ainsi une précieuse récompense dont je suis fier et dont je vous serai toujours profondément reconnaissant.

Ce Congrès marque une étape importante dans la marche en avant de la psychiatrie et c'est avec une véritable satisfaction qu'il nous a permis de constater un notable progrès, aussi bien au point de vue pratique qu'au point de vue théorique et scientifique.

Depuis quelques années, l'assistance des aliénés a marché à pas de géant ; médecins et administrateurs se sont appliqués dans tous les pays, non point à créer le meilleur asile, mais à adapter à chaque groupe de malades un milieu spécial hygiénique et thérapeutique, c'est-à-dire des installations diverses appropriées à leur état physique et mental, installations souvent très différentes de l'asile qui, lui-même, tend à se transformer en hôpital, l'aliéné ayant acquis aujourd'hui le titre de malade.

Ainsi se sont développés divers modes d'assistance

sur lesquels je ne veux pas revenir ; mais je ne puis m'empêcher de rappeler avec quelle ampleur a été exposée la question de *l'alitement dans le traitement des formes aiguës de la folie*. Le remarquable rapport du regretté professeur Korsakoff, développé par M. le D<sup>r</sup> Serbski, la démonstration si claire et si convaincue du D<sup>r</sup> Neisser et le résumé du D<sup>r</sup> Jules Morel ont présenté la question sous toutes ses faces, et la discussion qui a suivi, a souligné les conséquences inhérentes à l'alitement, le non-restraint d'une part, la suppression des quartiers cellulaires de l'autre.

*L'anatomie pathologique de l'idiotie* nous a permis d'apprécier l'érudition et la vaste expérience de MM. Shuttleworth et Fletcher-Beach, qui ont insisté sur la pathogénie de l'idiotie et les lésions variées dont elle s'accompagne.

D'un autre côté, la démonstration de M. Bourneville, avec sa riche collection de cerveaux pathologiques, ses préparations histologiques et la présentation même des sujets, a permis à chacun de se rendre compte du groupement qu'il propose des diverses formes d'idiotie.

Enfin, le professeur Mierzejewky s'est appliqué, dans son intéressant rapport basé sur ses recherches histologiques, à faire ressortir dans certains cas d'idiotie la disproportion entre la substance blanche et la substance grise. Dans quelques cas l'abondance de la couche corticale renfermant de nombreux neuroblastes tranche sur la pauvreté des fibres nerveuses. Le rapporteur pense que dans certaines conditions spéciales d'activité, ces neuroblastes de forme embryonnaire peuvent se transformer en cellules nerveuses, et de là le réveil de certains sens et de certaines aptitudes qui paraissaient à tout jamais oblitérées. Cette évolution fonctionnelle de certains centres expliquerait dans quelques cas le développement de fonctions cérébrales qui auraient permis de qualifier de *savants* certains idiots.

Les *psychoses de la puberté* ont fait l'objet de très intéressants rapports de la part du professeur Ziehen, d'Iéna, du professeur Marro, de Turin, et du D<sup>r</sup> Jules Voisin ; tout en accordant dans la pathogénie une part à l'évolution pubère et à l'adolescence, les distingués rapporteurs ont fait ressortir l'importance prédominante

de l'hérédité. Au point de vue sémiologique, ces psychoses ne présentent pas de différences tranchées avec celles des adultes.

La quatrième question, les *perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal*, a été magistralement exposée par les rapporteurs, MM. Krafft-Ebing et Garnier, dont nous connaissions déjà de si belles pages sur ce sujet. Le professeur Obersteiner a présenté le travail du professeur Krafft-Ebing, absent pour cause de santé ; il est arrivé à la conclusion que c'est la dégénérescence mentale qui constitue le fonds sur lequel se développent les obsessions et les impulsions des anomalies sexuelles. L'impulsion, avec son irrésistibilité bien établie, entraîne l'irresponsabilité. La doctrine est la même pour M. Garnier qui, pour faciliter cette étude, a décrit les principaux types des perversions sexuelles obsédantes et impulsives.

En dehors de ces questions posées par le Comité et qui ont fait l'objet de si lumineux rapports, de nombreuses communications sur toutes les branches de la psychiatrie ont donné au Congrès une grande activité et un très vif éclat ; mais je ne veux pas empiéter sur le terrain de notre cher secrétaire général. C'est à lui que revient l'honneur de faire apprécier dans une revue d'ensemble l'importance de ces travaux qui donnent une idée des tendances générales des psychiatres de tous les pays, tendances auxquelles, je suis heureux de le constater, n'est pas étranger le mouvement scientifique imprimé en grande partie par des savants français.

Notre Société, de son côté, malgré les préoccupations du Congrès, n'a pas chômé.

L'intéressante question sur l'hérédité familiale en pathologie mentale, posée l'année dernière par M. Trénel, a été reprise, discutée et a donné lieu à des développements fort instructifs. M. Arnaud, se basant sur ses propres recherches statistiques, dix-neuf familles et quarante-trois malades qui lui ont permis de constater toutes les variétés morbides, est amené à conclure que les types familiaux sont rares. C'est aussi l'opinion de M. Dombrebente, qui les considère comme une exception et communique dix observations à types dissemblables comme forme, début, évolution.

D'autre part, M. Taguet cite l'observation de 3 frères et de 2 sœurs atteints de folie religieuse. MM. Briand et Boissier donnent plusieurs observations de délires similaires chez des frères et sœurs, et M. Daniel Brunet communique le résultat d'un relevé qu'il avait fait avec le D<sup>r</sup> Vigouroux à l'asile d'Evreux, portant sur 14 familles, et dans lequel 12 fois ils ont trouvé des maladies similaires chez les frères et sœurs : dans 5 familles l'idiotie, dans 3 la mélancolie, dans une la paralysie générale, dans une autre l'épilepsie, dans la onzième la folie intermittente, dans la douzième la démence.

Après les discussions qui ont suivi ces diverses communications et auxquelles ont pris part MM. Doutrebente, Christian, Girand, Ritti, Legrain, Arnaud, Joffroy et Trenel, la question reste ouverte, et de nouvelles observations sont nécessaires pour déterminer s'il existe en réalité en pathologie mentale des caractères spéciaux dans les maladies familiales comme on en rencontre dans certaines maladies familiales, en neuropathologie.

M. Séglas a communiqué une très curieuse observation de *délire de persécution systématique avec hallucinations corrigées par le malade*; et à cette occasion, MM. Briand, Doutrebente, Legrain et Marie ont rappelé quelques cas dans lesquels les malades, après un délire systématisé fort actif, paraissaient avoir pleine conscience du caractère maladif de leurs hallucinations.

M. Rayneau donne connaissance d'un rapport médico-légal dont il a été chargé sur un malade très connu, le nommé D..., bel exemple de persécuté-persécuteur, qui a commis de nombreux délits, des escroqueries qu'il justifie par des arguments puisés dans son délire; longtemps ce malade s'est contenté de réagir par des plaintes adressées aux autorités contre ses ennemis imaginaires. Aujourd'hui, il semble disposé à entrer dans une phase d'activité violente et se montre conséquemment plus dangereux.

La paralysie générale, ce sujet si fertile en considérations intéressantes, a donné lieu à de nombreuses communications. M. Marchand a présenté un malade de dix-neuf ans qui paraissait atteint de paralysie générale; M. Daniel Brunet relate deux observations de paralysie

générale chez des adolescents ; M. Ameline communique un travail sur l'hérédité et en particulier sur l'hérédité similaire dans la paralysie générale ; M. Dide parle de l'aphasie dans la paralysie générale, et M. Marie communique deux cas de paralysie générale syphilitique traitée par l'iodure et l'hypochloruration ; les ulcérations ont guéri rapidement, mais la paralysie générale a continué sa marche progressive ; M. Toulouse en rappelle également une observation.

Je dois signaler les rapports de M. Legrain sur deux excellents mémoires de M. le D<sup>r</sup> Pilcz, l'un ayant pour titre : *La microcéphalie et les résultats de la craniotomie dans la microcéphalie* ; l'autre, *De la pression sanguine chez les aliénés*. Le rapport encore de M. Arnaud sur le travail du professeur Massalongho, de Venise, *Hépatisme et névropathie* ; l'auteur insiste sur la fréquence des affections rénales, si bien que la névropathie par hépatisme serait le plus souvent, dit-il, une névropathie par toxémie hépato-rénale.

Je rappellerai, enfin, le rapport de M. Christian sur un travail fort bien exposé du D<sup>r</sup> Yasusaburo Sakaki, de Tokio, sur *une déformation des oreilles chez les lutteurs japonais*. Il s'agit là d'hématomes de l'oreille produits par un traumatisme. Déjà le professeur Jarjavay, dans son *Traité d'anatomie chirurgicale* (1852, t. I, p. 523), parle de quatre cas d'hématomes de l'oreille traités à l'hôpital de la Charité et qu'il a observés chez quatre lutteurs ; il les attribue aux chocs et aux froissements exercés sur le pavillon de l'oreille pendant la lutte. Ces faits sont nets et précis ; mais on saisit moins bien la pathogénie des hématomes dits spontanés attribués à des troubles trophiques des tissus de l'oreille.

La Société, Messieurs, a été éprouvée cette année par la mort de plusieurs de ses membres. Nous avons perdu Bouchereau, si bienveillant, si sympathique, à la mémoire duquel ont été rendus des hommages unanimes d'estime et d'affection. Sa sœur, M<sup>lle</sup> Bouchereau, et M<sup>me</sup> Bouchereau, connaissant toute sa sollicitude pour l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France, m'ont remis en faveur de notre œuvre une somme de cinq mille francs, que je vais déposer entre les mains de notre excellent collègue, M. Mitivié, trésorier de notre



Association. Je suis certain d'être votre interprète en adressant à M<sup>lle</sup> et à M<sup>me</sup> Bouchereau le témoignage public de notre reconnaissance pour leur pieux et généreux souvenir.

Nous avons encore perdu M. Durand (de Gross), un de nos membres honoraires les plus anciens ; Desmaisons, le dernier interne survivant d'Esquirol ; le professeur Azam, de Bordeaux ; Chambard, notre regretté collègue des asiles de la Seine et de l'asile de Clermont ; Henry Bonnet, médecin-directeur honoraire ; enfin, notre bien regretté associé étranger, le professeur Korsakoff, de Moscou, qui comptait tant d'amis parmi nous que nous pouvons le considérer comme un des nôtres, et qui, malgré l'état précaire de sa santé, a voulu, dans un dernier effort de sa merveilleuse intelligence, nous léguer son remarquable rapport sur l'alitement. Nous devons ajouter à cette longue liste de nos chers morts Georges Masson, dont le bienveillant intérêt pour notre revue périodique, les *Annales médico-psychologiques*, ne s'était pas démenti un seul instant.

Nous avons souhaité la bienvenue à notre collègue, le D<sup>r</sup> Antheaume, qui de correspondant est devenu titulaire ; à notre correspondant, le D<sup>r</sup> Rayneau, médecin en chef de l'asile d'Orléans ; et nous avons été heureux d'accueillir comme membres associés étrangers le D<sup>r</sup> Bresler, médecin en chef de l'asile de Fribourg ; le D<sup>r</sup> Villers, médecin du dépôt des aliénés de l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles ; le D<sup>r</sup> Duchâteau, médecin de l'hospice des femmes aliénées de Gand ; le D<sup>r</sup> Yanniris, médecin de l'asile d'aliénés de Dromocaïtis ; M. Vaschide, de Roumanie ; le D<sup>r</sup> Mongeri, médecin aliéniste de l'hôpital royal italien de Constantinople ; le D<sup>r</sup> Villeneuve, médecin de l'asile de Longue-Pointe ; le D<sup>r</sup> Greidenberg, médecin de l'asile de Kharkow.

Nous adressons nos bien vives félicitations à nos collègues Pierre Janet, Legrain, Pierret, pour leur nomination de chevalier de la Légion d'honneur, et nous souhaitons que des félicitations semblables puissent bientôt être adressées à d'autres collègues très méritants, et en particulier à notre secrétaire général, dont le zèle et le dévouement ne connaissent plus de bornes.

Nous rappelons avec plaisir la récompense de

1.700 francs accordée sur le prix Aubanel au D<sup>r</sup> Coulon, médecin de l'asile de Clermont.

Nous félicitons aussi nos collègues, le D<sup>r</sup> Pailhas, médecin en chef de l'asile d'Albi, du prix Montyon (statistique) que lui a décerné l'Institut; le D<sup>r</sup> Toulouse, de sa citation au prix Montyon (médecine et chirurgie); les D<sup>rs</sup> Vallon et Marie, le D<sup>r</sup> Colin, des mentions honorables avec récompense; et le D<sup>r</sup> Toulouse, de la mention honorable dans le concours du prix Baillarger de l'Académie de médecine.

En terminant, j'aurais garde d'oublier d'exprimer ma bien vive gratitude à tous les membres du bureau pour leur précieux concours qui m'a permis d'assumer la lourde tâche que vous avez bien voulu me confier.

M. JOFFROY. — Mes chers collègues, la Société médico-psychologique a toujours compté trop de noms illustres parmi ses membres pour que je n'apprécie pas, comme il convient, l'honneur d'être appelé à la présider; aussi vous suis-je profondément reconnaissant de m'avoir accordé une aussi flatteuse distinction. Il ne m'aurait pas du reste été possible de me méprendre sur la valeur du titre de président de votre Société en voyant à qui je succède à ce fauteuil et qui j'y précède.

Je succède à mon ami Magnan que, l'an dernier, pour la seconde fois, vous avez choisi pour président annuel, et que vous indiquiez ainsi pour la présidence du Congrès de psychiatrie.

Il ne nous aurait pas été possible de faire un meilleur choix, car M. Magnan était désigné pour cette haute fonction, non seulement par son ancienneté au sein de votre Société, où il siège depuis trente années, mais surtout par la valeur universellement reconnue de ses nombreux travaux en aliénation mentale. Et nous avons tous été heureux de voir son élection ratifiée par l'unanimité des savants étrangers qui se pressaient au Congrès et ont applaudi à notre choix.

Ai-je besoin de vous rappeler que M. Magnan s'est acquitté de sa tâche avec l'activité la plus grande, avec le zèle le plus ardent, et, ce qui est mieux encore, avec le succès le plus incontestable?

Aujourd'hui que le Congrès est passé et qu'il ne reste de lui qu'un brillant souvenir, qu'une traînée lumineuse

et la consolante constatation des progrès réalisés dans notre science, nous devons nous rappeler que c'est surtout au président du Congrès qu'est dû un tel résultat ; c'est à la légitime influence que lui vaut son labeur incessant, c'est aussi à toute la peine qu'il s'est donnée, d'abord pour préparer le Congrès, puis pour le mener à bien, que nous sommes redevables du succès de la section de psychiatrie au Congrès international de médecine ; et c'est pourquoi je regarde comme un devoir, en cette circonstance, d'adresser nos plus sincères et nos plus vifs remerciements, d'abord au président de la Société médico-psychologique, mais aussi et surtout au président de la section de psychiatrie.

Je viens de vous dire, en quelques mots, à qui je succède, voyons maintenant qui je précède.

Pour l'année prochaine, vous avez choisi pour président notre collègue M. Motet, l'un des plus éminents parmi les vétérans de notre Société. Lui aussi, c'est pour la seconde fois que vous l'appellez à l'honneur de diriger vos débats, et il se pourrait qu'en faisant ce choix vous eussiez songé que l'an prochain nous fêterons sans doute le cinquantenaire de notre Société qui, avec une coquetterie toute féminine, modifie quelque peu le chiffre de ses années puisque la date de sa naissance remonte à 1848 et qu'elle ne songe à célébrer ses cinquante ans qu'en 1902. Quoi qu'il en soit, nous nous féliciterons alors d'avoir pour président de la Société médico-psychologique un de ceux qui l'ont connue enfant, lorsqu'elle avait une dizaine d'années et qu'elle resplendissait de tout l'éclat des noms de ses illustres fondateurs ; nous nous féliciterons alors d'avoir pour nous raconter son histoire l'orateur dont nous aimons le charme et auquel nous n'avons jamais ménagé, et auquel nous ne ménagerons pas l'an prochain nos plus chaleureux applaudissements.

Mes chers collègues, je serais injuste si je terminais cette allocution sans vous dire que nous n'avons fait qu'une partie de notre devoir en témoignant notre reconnaissance à notre cher président ; nous devons en effet le même témoignage à son infatigable collaborateur, à notre zélé secrétaire général M. Ritti, qui est devenu pour ainsi dire l'âme de cette Société comme il est

l'âme de nos Congrès de psychiatrie. Il a joint ses efforts à ceux de notre président, il lui a apporté la plus précieuse collaboration pendant la préparation comme pendant la durée du Congrès international, et il a également droit à tous nos remerciements. En votre nom je lui exprime nos sentiments de vive gratitude.

Je compte d'ailleurs qu'il voudra bien me continuer la même collaboration qu'à mon prédécesseur, et me permettre ainsi, votre bienveillance aidant, de mener à bonne fin la tâche dont vous m'avez fait l'honneur de me charger.

Et maintenant, mes chers collègues, remettons-nous au travail avec ardeur; pour ranimer nos forces, pour exalter nos espoirs, contemplons les conquêtes faites en pathologie mentale au cours du siècle qui vient de finir et songeons aux grands noms qui, pendant les cent dernières années, ont illustré la genèse et l'éclosion de notre science. Songeons-y, non seulement pour applaudir à la mémoire de nos maîtres, ou pour satisfaire un orgueil légitime, car beaucoup d'entre eux sont nos compatriotes ou même nos collègues de la Société médico-psychologique, mais songeons surtout à eux pour les prendre comme modèles et, à leur exemple, continuer à faire progresser notre science.

Pour cela, n'oublions pas que la pathologie du cerveau est soumise aux mêmes lois que la pathologie des autres organes; ne craignons pas d'introduire dans nos méthodes d'observation et de travail les perfectionnements apportés à l'étude des autres branches de la médecine, et tout en restant les admirateurs respectueux des grands progrès faits par nos devanciers, sachons bien que notre science n'en est pour ainsi dire qu'à ses débuts et que le siècle que nous inaugurons est sans doute destiné à voir se réaliser en aliénation mentale de plus grandes découvertes encore que celles accomplies au cours du XIX<sup>e</sup> siècle.

C'est à vous, mes chers collègues, et ici je m'adresserai particulièrement aux plus jeunes, c'est à vous qu'il appartient de conserver à la science française la place traditionnelle qu'elle occupe depuis si longtemps déjà en aliénation mentale, c'est à vous qu'il appartient

de continuer le mouvement superbe commencé il y a près de cent ans.

Pendant plus de cinquante années déjà, la Société médico-psychologique a participé avec éclat à ce mouvement ; fidèle à ses origines et à sa tradition, elle persévérera, j'en ai la certitude, dans cette voie de travail toujours renouvelé et de progrès toujours plus avancés, et c'est pourquoi je vous remercie encore une fois de m'avoir appelé à la présidence pour la première année du xx<sup>e</sup> siècle.

M. MOTET. — Mes chers collègues, je veux à mon tour vous remercier de l'honneur que vous avez bien voulu me faire. M. Joffroy vous disait tout à l'heure que c'était la seconde fois que vous m'appeliez à la vice-présidence, et il vous faisait prévoir que j'aurais à vous présider quand vous célébrerez le cinquantenaire de notre Société. Cet honneur, si je le dois à votre bienveillance, je le dois aussi à un privilège, peu recherché d'ordinaire, celui de l'âge, et dont je ne songerai pas à me plaindre dans la circonstance. Je pourrai vous parler, mes chers collègues, des fondateurs de notre Société ; je les ai connus presque tous, et j'aurai une satisfaction profonde à vous rappeler les mérites de nos prédécesseurs qui ont si grandement honoré notre compagnie, et préparé sa brillante évolution.

### *Correspondance et présentations d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

- 1° Des lettres de MM. Boissier et Paul Garnier, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;
- 2° Une lettre de M. Géo Villeneuve, du Canada, qui remercie la Société de l'avoir élu membre associé étranger ;
- 3° Une lettre de M. Möbius, de Leipzig, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Ritti, Taguet et Roubinovitch, rapporteur ;
- 4° Une lettre de M. Sutherland, d'Ecosse, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Brunet, Febvré et Semelaigne, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° Une circulaire du Ministère de l'Instruction pu-

blique annonçant que le Congrès des Sociétés savantes aura lieu cette année à Nancy, le 10 avril ;

2° Un opuscule posthume de M. Paul Aubry sur *l'exercice illégal de la médecine en Bretagne* ;

3° *Influence des conditions mentales sur les modifications de la respiration et de la circulation périphérique* ; par MM. Vaschide et Marchand ;

4° Un fascicule des travaux de la Faculté de médecine de Tokio (Japon) ;

5° *Annales de la Société belge de neurologie*, n° 7 ;

6° *Revue de l'hypnotisme*, numéro de janvier ;

7° *La Touraine médicale*, n° 1.

*Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1901.*

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL énumère les mémoires envoyés à la Société pour les prix à décerner dans la séance solennelle d'avril 1901 :

PRIX BELHOMME. — 900 francs. — Question : *Du délire chez l'idiot et l'imbécile, à l'exclusion des arriérés.*

Un seul mémoire a été envoyé avec l'épigraphe suivante : « *Oculos habent et non vident; aures habent et non audiunt* ».

PRIX ESQUIROL. — 200 francs, plus les œuvres de Baillarger. — Deux mémoires manuscrits ont été envoyés :

1° *Essai de psycho-physiologie vésicale avec applications cliniques à la psychiatrie*, par MM. J.-B. Bavat et C. Vurpas, internes des asiles de la Seine ;

2° *Contribution à l'étude de la folie morale*. Devise : « *Primum observare* ».

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Huit mémoires ont été envoyés :

1° *De l'épilepsie consciente et mnésique et en particulier d'un de ses équivalents psychiques, le suicide impulsif conscient* ; par le D<sup>r</sup> Maurice Ducosté ;

2° *Les suggestions religieuses dans la famille Pascal. Lois psychologiques de l'hiérogénie* ; par le D<sup>r</sup> Ch. Binet-Sanglé ;

3° *Etude des troubles papillaires dans quelques maladies mentales* ; par le D<sup>r</sup> Roger Mignot ;

4° *La psychose hallucinatoire aiguë* ; par le D<sup>r</sup> F. Farnarier ;

5° *Contribution à l'étude de quelques manifestations mentales de la syphilis secondaire (les syphilo-psychoses)* ; par le D<sup>r</sup> G. Jacquin ;

6° *Hyperesthésie corticale dans l'alcoolisme aigu* ; par les D<sup>rs</sup> P. Cololian et A. Rodiet ;

7° *Essai de réduction de la mélancolie en une psychose présénile* ; par le D<sup>r</sup> Joseph Capgras ;

8° *Etude sur les illusions du temps dans les rêves du sommeil normal* ; par M<sup>lle</sup> Justine Tobolowska.

PRIX SEMELAIGNE. — 500 francs. — Question : *De la protection de la fortune des malades placés dans les établissements d'aliénés.*

Deux mémoires ont été envoyés :

1° Avec l'épigraphe suivante :

Et c'est une folie à nulle autre seconde  
De vouloir se mêler à corriger le monde.

(Molière : *Le Misanthrope*. Acte I. Scène I.)

2° Ce mémoire a pour auteur M. le D<sup>r</sup> R. Lalanne, médecin-adjoint de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

### *Nominations des commissions de prix.*

PRIX BELHOMME. — MM. Blin, Legrain, Roubinovitch, Sérieux et Jules Voisin.

PRIX ESQUIROL. — MM. Antheaume, Boissier, Paul Garnier, Motet et Vallon.

PRIX MOREAU (de Tours). — MM. Briand, Deny, Dupain, Legras, Moreau (de Tours).

PRIX SEMELAIGNE. — MM. Brunet, Febvère, Meuriot, René Semelaigne et Taguet.

### *Rapport de la Commission des finances.*

M. CHRISTIAN. — Messieurs, une fois encore vous avez bien voulu nous charger, M. Falret et moi, de vérifier les comptes de notre trésorier. C'est une tâche toujours facile et agréable, — facile, parce que les comptes sont tenus d'une façon irréprochable, — agréa-

ble, parce que jamais encore nous ne nous sommes trouvés en face d'un déficit, mais au contraire devant des excédents réjouissants :

Au 31 décembre 1899, nous avions en caisse . . . . . Fr. 2.373 51

Les recettes de l'année 1900 se sont élevées à. . . . . 2.914 75

Total. . . . . Fr. 5.288 26

Les dépenses ont été de. . . . . Fr. 2.453 10

Reste donc en caisse au 31 décembre 1900. 2.835 16

Comme nous avons plusieurs caisses distinctes, cette somme doit être décomposée de la façon suivante :

Compte de la Société médico-psychologique : Recettes. . . . . Fr. 1.714 75

Dépenses. . . . . 753 10

Reste. . . . . Fr. 961 65

De cette somme de 961 fr. 65, il faut déduire l'excédent des dépenses de l'année 1899 (année de notre installation dans le local actuel). . . . . Fr. 538 09

Reste. . . . . Fr. 423 56

Caisse Aubanel : avoir au 31 décembre 1899. . . . . Fr. 2.011 60

Rente. . . . . 800 »

Total. . . . . Fr. 2.811 60

D'où il faut déduire le prix décerné en 1900. . . . . Fr. 1.700 »

Reste. . . . . 1.111 60

Caisse Belhomme : avoir le 31 décembre 1899. . . . . Fr. 700 »

Rente. . . . . 300 »

Total. . . . . Fr. 1.000 »

Caisse Moreau (de Tours) : avoir le 31 décembre 1899. . . . . Fr. 200 »

Rente. . . . . 100 »

Total. . . . . Fr. 300 »



Ces différents chiffres forment le total de 2.835 fr. 46 que j'ai donné plus haut.

Il y a encore quelques factures peu importantes à payer; mais en même temps restent à recouvrer quelques cotisations et quelques droits de diplôme. Le total de l'excédent pour la caisse de la Société n'en sera pas notablement modifié.

Notre trésorier, Messieurs, dans le but d'accroître notre revenu, propose de vendre notre rente 3 p. 100 et de faire le remploi du capital en obligations des chemins de fer français, garanties par l'Etat. D'après les calculs que j'ai faits, au cours d'aujourd'hui, nos revenus s'accroîtraient d'une somme assez importante, en même temps que notre capital aurait chance d'accroissement par suite des chances de remboursement au pair.

Je sou mets cette proposition à la Société. En même temps, je la prie de voter des remerciements à notre trésorier, qui continuera de gérer nos finances avec le même zèle et la même activité.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et des remerciements sont votés au trésorier.

### *Rapport de candidature.*

M. SÉRIEUX. — Vous avez nommé une commission composée de M. le professeur Joffroy, président, M. le D<sup>r</sup> Dupain et de M. le D<sup>r</sup> Sérieux, rapporteur, pour examiner les travaux de M. le D<sup>r</sup> Dide, qui sollicite le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

M. Dide, ancien interne des asiles de la Seine, est actuellement médecin-adjoint de l'Asile de Rennes; il est déjà membre de la Société médico-scientifique de l'Ouest. Il a publié un certain nombre de mémoires destinés à éclairer la pathogénie de l'épilepsie: il a fait paraître des observations montrant le rôle important que peuvent jouer des maladies infectieuses (syphilis, fièvre typhoïde) dans la production du morbus sacer. Les troubles mentaux post-paroxystiques lui fournissent encore un argument en faveur de l'origine toxique de l'affection: ces manifestations sont, au point de vue clinique et pathogénique, très voisines de la confusion

mentale hallucinatoire post-puerpérale. Avec M. Stenit il a mis en lumière un trouble de la nutrition chez ces malades qui présentent très souvent entre les crises une polyurie très nette qui semble diminuer un peu les jours de crise. Dans un mémoire lu dans cette assemblée le 27 mai 1899, il isole la myoclonie épileptique des autres manifestations myocloniques, imputables probablement à l'hystérie ; il a proposé pour ces manifestations le terme de « petit mal moteur », par opposition au petit mal classique limité à une perte de la conscience. M. Dide a communiqué à la Société anatomique une intéressante observation de sarcome angiolithique développé dans la dure-mère et s'enfonçant sur la ligne médiane entre les deux bandelettes olfactives ; cette tumeur semble avoir été la cause de crises épileptiques survenues chez un homme à l'âge de soixante ans. Dans sa thèse faite dans le laboratoire de physiologie pathologique de M. le professeur Joffroy, M. Dide a repris expérimentalement l'étude des troubles circulatoires encéphaliques associés aux phénomènes convulsifs ; il a cherché à démontrer que l'anémie, aussi bien que la congestion, semble aboutir à l'anoxhémie cérébrale, mais que l'on doit toujours faire intervenir un élément qui n'est point précisé scientifiquement : l'aptitude convulsive.

Une série de travaux sur des sujets divers ont encore été publiés par M. Dide ; nous ne dirons un mot que des principaux : en collaboration avec M. Dufour, il a décelé, à l'aide de la tuberculine, la tuberculose latente chez un certain nombre d'aliénés, supposant que cette maladie infectieuse peut jouer un rôle dans l'éclosion des phénomènes délirants. Il a, d'autre part, avec M. Castin, communiqué à la Société anatomique un cas de mort très rapide par ictère grave au cours d'une lithiase biliaire chez une mélancolique. Il a signalé avec le Dr Picqué un cas, qui semble jusqu'à présent unique, de fracture du rachis avec monoplégie du membre inférieur droit : il s'agissait d'une fracture limitée à la lame droite de la 12<sup>e</sup> vertèbre dorsale avec compression ultérieure des nerfs de la queue de cheval du même côté. Des figures et un schéma accompagnent le texte. Enfin, avec G. A. Weill, il a fait paraître dans la *Presse médicale* un article intitulé : *Lésion en foyer de la capsule*

*interne, paralysie laryngée; syndrome de Weber*; des figures indiquent nettement le siège de la lésion. On ne connaît actuellement qu'une observation analogue qui est de Garel et Dor. Grasset (*Anatomie médicale des centres nerveux*, Paris 1900, p. 84) cite l'observation de MM. Dide et Weill comme pouvant aider à fixer le trajet capsulaire des fibres laryngées.

Ces travaux en font espérer d'autres plus importants et votre commission vous propose d'accorder à M. Dide le titre de membre correspondant qu'il sollicite.

Enfin, dans une récente communication à la Société de neurologie, — communication qui a retenu l'attention des savants compétents, — M. le D<sup>r</sup> Dide a étudié la structure intime des cellules nerveuses. Il a montré, en collaboration avec M. Perrin de la Touche, que le noyau des cellules nerveuses du cobaye présente un appareil nucléolaire toujours constitué par deux substances, l'une à réaction acidophile, l'autre à réaction basophile, formant des groupements d'aspects très divers. Il a constaté en outre un réticulum nucléaire le plus souvent radié, parfois sans orientation nette, sur lequel sont disposés un grand nombre de microsomes; quelques-uns, un peu plus volumineux, sont libres dans les mailles du réseau. Les auteurs sont arrivés à des résultats intéressants touchant la constitution de la membrane nucléaire, la division des cellules nerveuses et des noyaux.

L'énumération rapide de ces divers mémoires — dont certains mériteraient une analyse plus approfondie — suffit déjà pour montrer combien le distingué confrère qui sollicite de prendre part à nos travaux en qualité de membre correspondant, s'intéresse aux choses de la psychiatrie et de la neuro-pathologie. En accordant à M. le D<sup>r</sup> Dide, comme votre commission le propose, le titre qu'il demande, vous associerez à votre compagnie un collaborateur dont il faut louer l'activité dans les domaines de la clinique, de l'anatomie et de la physiologie pathologiques.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. Dide est élu membre correspondant à la majorité des membres présents.

*Décubitus aigu à la région fessière droite dans un cas d'hémiplégie gauche.*

M. DOUTREBENTE fait, au nom de M. VERNET, interne à l'asile de Blois, la communication suivante :

OBSERVATION.

SOMMAIRE. — *Apoplexie. — Hémiplégie gauche. — Le quatrième jour, décubitus aigu siégeant exclusivement sur la région fessière droite. — Mort au sixième jour. — Autopsie : foyer hémorragique dans la région opto-striée droite, avec inondation ventriculaire.*

Ch... (Marie), femme M..., soixante-neuf ans. Entrée le 2 août 1876, décédée le 17 janvier 1901.

Certificats immédiat et de quinzaine : manie alcoolique. (D<sup>r</sup> Doutrebente.)

10 janvier : à 8 h. 1/2 du soir, attaque d'apoplexie.

11 janvier : à la visite du matin, on note : état comateux, hémiplégie gauche totale et complète, déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite. Face rouge, vultueuse. Respiration stertoreuse. Pouls fort, régulier : 68 pulsations à la minute. T. 37°2.

Traitement : lavement purgatif, révulsion sur les membres inférieurs (sinapismes.)

12 janvier 1901. — Même état ; le lavement a provoqué une débâcle de matières fécales. Incontinence des sphincters.

T., matin, 37° ; soir, 37°5.

13 janvier. — L'état général reste le même ; l'examen de la région fessière, pratiqué à 5 heures du soir, ne révèle rien d'anormal : pas d'érythème, pas de phlyctènes.

14 janvier : Visite du matin : au centre de la région fessière droite, sur une surface de la forme et de la dimension d'une pièce de 5 francs, le derme est dénudé et saignant ; liséré noirâtre au pourtour.

Rien à gauche. T. 37°5 matin ; 38° soir.

Pansement à la poudre de Lucas-Championnière.

15 janvier. — L'escarre fessière droite s'est développée très rapidement en surface, sans gagner en profondeur. La fesse gauche est toujours intacte,

Pouls fréquent ; respiration accélérée, mais régulière. T. 38°5 matin ; 39°5 soir.

16 janvier. — L'état général s'est encore aggravé.

Pouls petit et fréquent. T. 39°6 matin.

La malade est décédée dans la nuit du 16 au 17 janvier, à 1 heure du matin, sans avoir repris connaissance.

*Autopsie*, le 18 janvier 1901 (33 h. *post mortem*). — *Habitus extérieur*. — Embonpoint considérable.

A la face dorsale de la main gauche et sur la région dorsale du poignet droit, ecchymoses sous-cutanées très étendues.

Du *côté droit*, escarre fessière de forme ovale à grand axe longitudinal, mesurant 14/20 centimètres dans ses plus grands diamètres, peu profonde, ne dépassant pas le derme.

A gauche, la peau est intacte et d'aspect normal (lividités cadavériques).

*Cavité crânienne*. — Pas d'épanchement sanguin dans les méninges.

Nombreuses plaques d'artério-sclérose (artérite noueuse) sur les vertébrales, la basilaire, les artères de l'hexagone et quelques artères corticales.

Dans la région opto-striée et le ventricule latéral de l'hémisphère droit, vaste foyer hémorragique à parois déchiquetées, auxquelles adhèrent de gros caillots cruoriques.

Hémisphère gauche normal macroscopiquement.

La recherche d'anévrysmes miliaires, après macération dans l'eau, est restée négative.

A côté de faits depuis longtemps connus, — apparition précoce (quatrième jour), développement extraordinairement rapide de l'escarre fessière, élévation concomitante et progressive de la courbe thermique, cette observation nous a paru présenter une particularité qui mérite attention : nous voulons dire le *siège exclusif* du trouble trophique sur la fesse du côté *non* paralysé.

Pareille constatation ne semble pas avoir été faite jusqu'ici, du moins de façon expresse. Charcot spécifiait, dans le titre même de son mémoire fondamental (Sur la formation rapide d'une escarre à la fesse *du côté paralysé* dans l'hémiplégie récente de cause cérébrale. *Archives de physiologie*, 1868, p. 308), qu'il n'avait observé l'escarre fessière que du côté opposé au foyer hémorragique. Plus tard (1), il est vrai, il se montre moins affirmatif : c'est, écrit-il, « *le plus souvent, exclusivement* du côté correspondant à l'hémiplégie » que se développe l'escarre, laissant supposer que, même dans

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, p. 90.

les cas exceptionnels où elle était apparue du côté opposé, elle coïncidait toujours avec une lésion analogue et plus profonde de la région paralysée.

Même impression se dégage de la lecture des différents articles consacrés au Décubitus de cause cérébrale dans les divers Manuels, Traités et Dictionnaires : *Brouardel* (Art. Hémorragie cérébrale, in *Dict. encyclop. des Sciences médicales*. 1<sup>re</sup> série. t. XIV. p. 378 et sq. 1873) ; *Dechambre* (art. Décubitus aigu, id.. t. XXVI, 172 et sq. 1881) ; *Thoinot* (art. Hémorragie cérébrale, p. 221) et *Sallard* (art. Apoplexie, p. 102, in *Manuel de médecine*, Debove-Achard. t. III, 1894) ; *Brissaud* (art. Apoplexie, p. 31 et sq., t. VI du *Traité de Médecine* Charcot-Bouchard. 1<sup>re</sup> édition, 1894) ; *Déjerine* (in *Traité de pathologie générale*, t. V. p. 493 et 1105, 1900.), etc...

Par ailleurs, le problème pathogénique des troubles trophiques d'origine cérébrale est loin encore d'être élucidé ; des théories proposées (*Brown-Sequard*, *Vulpian*, *Charcot*, *Joffroy*, *Déjerine* et *Leloir*), aucune, ancienne ou récente, n'a pu rallier tous les suffrages. De nouvelles hypothèses seront sans doute émises : quelles qu'elles soient, il semble qu'elles devront tenir compte et pouvoir donner la clef de pareils faits.

(*A suivre.*)

---

---

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

---

## JOURNAUX ITALIENS

### II Manicomio moderno.

ANNÉE 1898.

I. — *Les diverses formes de confusion mentale.* — *Etude clinico-psychologique*; par le D<sup>r</sup> F. Del Greco (n<sup>os</sup> 3, 1897, et 1, 1898). — L'historique de la question par lequel débute l'article est d'autant plus complexe, plus touffu, qu'un nombre considérable d'aliénistes en ont abordé l'étude et que leurs vues diffèrent souvent non seulement de pays à pays, mais encore d'homme à homme. L'école française, représentée surtout par les noms de Delasiauve et Baillarger comme initiateurs, Esquirol, Georget, Calmeil comme précurseurs, et, de nos jours, Chaslin, Séglas, Toulouse, Hannion comme dignes continuateurs de ces ancêtres scientifiques, l'école française, fidèle à son génie, c'est-à-dire amie de la clarté, de la simplification, tend à l'élaboration d'une doctrine unitaire, à la délimitation d'un type morbide dont émaneraient les nombreuses et différentes variétés cliniques observées; ce type étant caractérisé, du côté psychique, par la confusion, la passivité, l'impuissance et la torpeur intellectuelles; du côté physiologique, par l'asthénie cérébrale oscillant entre ses degrés extrêmes... Malheureusement, c'est là une conception un peu trop géométrique, s'adaptant bien aux formes régulières, mais procurant quelque embarras à ses créateurs mêmes, quand s'offrent à eux des cas frustes, anormaux, intermédiaires.

Tout autres sont les résultats obtenus pour la science allemande, mais non pas meilleurs, cependant: tandis que les recherches françaises se réclament toutes et ne s'éloignent jamais du concept initial dont elles conservent l'empreinte de précision et de clarté, les investigations germaniques ont abordé les variétés du problème les plus lointaines et les plus

ténues, sans que les observateurs aient pu atteindre une parfaite unité, une complète délinéation de leurs systèmes.

Chacun, en effet, attribue une valeur particulière et un domaine plus ou moins étendu aux expressions communes dont il se sert; partant de cette donnée vaguement perçue qu'il existe des formes mentales intermédiaires entre la démence et la paranoïa, les uns (Fritsch) séparèrent de celle-ci la Confusion mentale (*Verwirrtheit*), qui constituerait un symptôme précurseur de troubles intellectuels variés (épilepsie, ramollissement, manie, mélancolie, etc.) et même de paranoïa, mais ne serait nullement ce qu'en faisait Westphal, c'est-à-dire cette paranoïa elle-même à l'état aigu; d'autres, qui avaient admis d'abord cette dernière manière de voir (Schüle), finirent par dédoubler cette catégorie morbide et en détacher, comme groupe secondaire, la *Verwirrtheit*, représentant dès lors une forme de passage entre différentes vésanies; Meynert confond, dans sa grande classe des *Amentia*, la confusion, la démence aiguë et les délires sensoriels (*Wahnsinn*); ce groupement est également, à quelque chose près, celui de Krafft-Ebing et de Koch, bien que celui-ci tende à restreindre beaucoup plus que le précédent le cadre du *Wahnsinn* et adjoigne aux deux autres types la catatonie de Kahlbaum (paranoïa aiguë à forme stupide). Kraepelin range sous l'appellation de psychoses asthéniques répondant à peu près à notre conception de la confusion mentale, la démence et la perturbation aiguës, aussi bien que les délires hallucinatoire et dépressif. Pour Kirchoff, la *Verwirrtheit* est également une manifestation asthénique, révélatrice d'un état d'épuisement actif, ou encore de déchéance évolutive au cours de la manie ou de la paranoïa chroniques: « dans le premier cas, elle apparaît comme le foudement de l'édifice; dans le second, elle n'en représente que les ruines ». Somme toute, ce n'est encore qu'une modalité de transition, comme dans la théorie de Schüle. Selon Ziehen, la Confusion comprendrait une démence aiguë, une paranoïa dissociative (cet aspect morbide répond à la Confusion typique; il est caractérisé par l'incohérence du langage et l'affolement de la conscience), des états hallucinatoires transitifs entre la manie, la lypémanie et la paranoïa, enfin la psychose de Kahlbaum. Cramer divise les maladies mentales en trois classes: 1° folie du sentiment; manie, mélancolie; 2° folies de l'intelligence ou paranoïas; 3° anoïas. La Confusion relèverait à la fois des deuxième et troisième groupes.



Quelques savants anglais ou américains ont, eux aussi, apporté dans l'étude de cette question le tribut de leur expérience; l'auteur italien se borne presque à citer leurs noms, sans entrer dans l'analyse de leurs théories: Newington a fait de la Confusion une stupeur ou une stupeur hallucinatoire (*Delusional stupor*); Spitzka la dénomme, lui: Folie confusionnelle primitive, confusion hallucinatoire aiguë; Conolly Norman l'a distinguée, sous l'appellation d'*Acute confusional insanity*, de la démence aiguë et de la paranoïa, et Worcester l'a décrite comme une psychose asthénique dans laquelle les symptômes hallucinatoires dérivent de la confusion même et donnent naissance, à leur tour, aux états affectifs (délires).

Parmi les psychiatres russes, Korsakow est plus particulièrement à citer, qui fait de la Confusion mentale une *disnoïa* et la divise en quatre variétés, savoir: la disnoïa abortive; la disnoïa délirante qui répond à la folie hallucinatoire aiguë (*Wahnsinn*); la disnoïa stupide ou démence primitive curable; la disnoïa dementielle.

En résumé, il semblerait jusqu'ici que les Français ont surtout, dans l'affection en cause, envisagé l'asthénie cérébrale; les Allemands en ont plus spécialement étudié les manifestations délirantes et les relations avec la paranoïa; quant aux Italiens, c'est du côté de l'élément sensoriel qu'ils ont de préférence dirigé leurs investigations. Pour certains d'entre eux, Bianchi notamment, le caractère essentiel, initial, d'un grand nombre de psychopaties réside dans l'hallucination. Aussi, donne-t-il une très grande importance à sa catégorie des phrénies sensorielles, dans laquelle il comprend bon nombre d'affections considérées par d'autres écrivains comme des paranoïas; selon ses idées, la Confusion mentale rentrerait en partie dans la stupidité primitive asthénique (exempte d'aberrations sensitives) et, pour une part beaucoup plus importante, dans le cadre de la folie sensorielle. Loiacono et Nocra partagent ces vues qu'ils ont étayées d'observations caractéristiques. En 1883, Morselli, dans son essai de classification, institue un groupe de maladies mentales « sans altérations primitives du sentiment » qu'il subdivise en trois classes: la phrénie sensorielle, la stupidité et la catatonie. Après la publication du livre de Chaslin, il donna comme équivalent de la Confusion mentale sa première classe, véritable disnoïa ou amence confusionnelle; forme que, pleinement d'accord avec Meynert, il distinguait nettement des paranoïas. Morselli ne considère pas l'hallucina-

tion comme un symptôme primitif ; elle est, pour lui, subordonnée à une condition morbide générale, d'où peut naître également la Confusion ; points sur lesquels il s'éloigne de Bianchi cité plus haut. Il n'accepte pas davantage la théorie française qu'il trouve trop unitaire ; l'amence stupide, l'amence confusionnelle et la psychose de Kahlbaum sont, d'après lui, des formes qu'il convient d'isoler, d'admettre séparément. Amadei et Tonnini regardent le délire sensoriel comme cliniquement différencié de la paranoïa, tout en admettant des formes de passage entre l'un et l'autre. Roncoroni établit, dans son classement monographique, deux catégories principales : les phrénopathies (folies acquises) et les paraphrénies (troubles congénitaux) ; les premières comprennent la folie sensorielle et la stupeur ; les secondes, la catatonie et la démence primitive. Mingazzini a décrit une disphrénie hémicrâniale, « syndrome névropsychopathique consécutif aux accès de migraine », dont il reconnaît deux types : la disphrénie transitoire et la disphrénie permanente. La première peut, selon son essence, être dite : abortive, quand des hallucinations (visuelles) existent sans lésion de la conscience ; syncopale, lorsque des troubles psychiques succèdent à l'accès d'hémicrânie sans troubles sensoriels intermédiaires ; complète, enfin, si après des aberrations du sens optique, surviennent, avec la perte de la conscience et la Confusion mentale, de l'excitation psychomotrice très vive suivie d'un abattement profond, laissant après lui une obnubilation finale de la mémoire. La forme transitoire dure quelques heures, parfois un jour ; la forme permanente consiste en une succession de crises, plus ou moins fréquentes, s'accompagnant de phénomènes analogues aux précédents, entre lesquels nous relatons encore la Confusion mentale. — De nombreux monographistes ont enfin reconnu le même épisode morbide au cours de diverses folies par intoxication. (Pellagre, grippe, tuberculose, blennorrhagie, méningite cérébro-spinale, cocaïnisme, etc.)

L'auteur de l'article a déjà, dans des travaux antérieurs, abordé l'examen du sujet qu'il reprend aujourd'hui. Il avait particulièrement noté que les folies sensorielles sont caractérisées par des allures asthéniques ou irritatives, ce qui revient à dire que ces types d'aliénation pourraient être partagés en folies tendant à la forme stupide (vu la prédominance de la torpeur intellectuelle et de l'asthénie cérébrale), et folies délirantes aiguës (considéré la prépondérance, dans le cortège

symptomatique, de l'élément irritatif et plus particulièrement des aberrations sensorielles). La Confusion mentale serait, à son avis, un *fait secondaire* sous la dépendance des deux caractères psychophysiologiques précédents : a) asthénie, obnubilation ; b) phénomènes irritatifs, hallucinations, délires, impulsions. De là, trois classes de psychoses dont l'une, Folies confusionnelles, se caractériserait par des symptômes asthéniques : dépression ou arrêt de l'aperception et désordres dans les facultés représentatives avec ou sans troubles hallucinatoires et moteurs.

Partant de cette considération que les formes confusionnelles ne sont pas identiques dans toutes leurs manifestations et subissent l'action, tantôt de facteurs extrinsèques (intoxications), tantôt de certaines conditions physiopathologiques (débilitation, anémie profonde), tantôt d'éléments originels (hérédité, race), le D<sup>r</sup> Del Greco a pris pour base de sa nouvelle étude le *tempérament*, qu'il définit « la synthèse des conditions psycho-physiques caractéristiques d'une individualité ». Il passe en revue successivement les catégories ci-après : d'abord, les confusionnés adolescents et adultes à type élémentaire ; puis, les confusionnés maniaques, épileptoïdes, criminoïdes, impulsifs ; les confusionnés cataleptoïdes, mélancoliques, cycliques, rémittents, périodiques, paranoïdes et paranoïques, hallucinés, paralytiques, épileptiques, etc., etc. Il fournit des observations à l'appui de chacune de ces divisions, en discute soigneusement les particularités et résume ce travail minutieux en un tableau synoptique intéressant à reproduire, pensons-nous, dans ses traits essentiels.

L'analyse clinique, conclut l'écrivain, a, dans l'étude de la Confusion mentale, établi la valeur de certains éléments considérables ; restait à examiner leurs rapports et leurs dépendances. C'est à quoi il a tâché de parvenir en produisant le nouveau concept sur lequel il a basé sa classification : celui de personnalité, d'individualité, de tempérament, en un mot. Grâce à ce facteur nouveau, il est parvenu à discerner dans le complexe symptomatique de la Confusion mentale un vaste groupe facile à relier avec des conditions natives particulières, indices d'états dégénératifs ou morbides bien définis. Du côté somatique, les phénomènes confusionnels proprement dits répondent à la fatigue cérébrale, à l'épuisement intellectuel ; de là, l'obtusion aiguë, manifestation essentielle et prédominante de la maladie. Quant aux désordres de l'intelligence et à l'irritabilité

NUMÉROS d'ordre.	TEMPÉRAMENT	FORMES	SYMPTÔMES psychiques.
I.	Prédisposition légère par suite de fatigues cérébrales (causes morales et physiques).	Confusion mentale simple.	Désorientation, illusions, angoisse, émotivité, automatisme, verbiage.
II.	Prédisposition légère par intoxication et fatigue.	Confusion mentale compliquée.	En plus des précédents : agitation, dépression, stupeur, hallucinations, impulsions, etc.
III.	Tempérament psychopatique indéterminé avec fatigue cérébrale.	Confusion mentale cyclique.	Alternatives de gaieté et de tristesse avec modifications du cortège sensoriel.
		Confusion mentale stupide.	Prédominance de torpeur cérébrale, souvent après un accès de délire hallucinatoire.
		Confusion mentale cataleptoïde.	Symptômes cataleptoïdes après phase cyclique et périodes hallucinatoires ; tendance à l'auto-mutilation.
		Confusion mentale périodique.	Prédominance d'hallucinations à caractère impulsif. Aura précritique.
IV.	Tempérament psychopatique défini avec fatigue cérébrale.	Confusion mentale hallucinatoire.	Hallucinations multiples. Délire et impulsions.
		Confusion mentale mélancolique.	Délire hallucinatoire. Tendance à l'état cataleptoïde.
		Confusion mentale maniaque.	Phénomènes moteurs diffus. Impulsivité hallucinatoire.
		Confusion mentale épileptoïde.	Obnubilation de la conscience ; amnésie ; impulsivité.
		Confusion mentale paranoïde.	Lucidité avec hallucinations. Délire d'orgueil, de crainte, de soupçon, etc.
		Confusion mentale hystéroïde.	Lucidité avec dédoublement de la personnalité. Hallucinations cénestésiques, visuelles, impulsives.

SYMPTOMES physiques-	DURÉE	PRONOSTIC
Perte de poids, diminution des éléments normaux de l'urine, etc.	De quelques jours à quelques mois.	Favorable.
Perte de poids, fièvre, méningisme, névrites, altérations anatomiques, etc.	De quelques heures ou jours à quelques semaines ou mois.	Ou menaçant pour l'existence ou favorable. Démence consécutive rare.
Dans la phase dépressive comme ci-dessus; amélioration somatique dans l'autre phase; troubles vaso-moteurs. Comme au numéro I.	De quelques mois à une année environ.  Id.	Ou guérison, — ou manie chronique, — ou démence, ou catatonie.  Guérison rare; stupeur consécutive; état cataleptoïde ou démence.
Altérations vaso-motrices importantes; nutrition parfois misérable.	Longue.	Presque toujours sombre.
Nutrition bonne.	D'un à quelques mois.	Heureux pour l'accès.
Déchéance somatique.	De quelques mois à un an.	Douteux.
Id.	Id.	Souvent fâcheux,
Id.	Id.	Souvent heureux.
Id.	De quelques semaines à quelques mois.	Un peu moins heureux.
Déchéance somatique facile à relever.	Longue; — accès intermittents, parfois cycliques.	Guérison incomplète; tendance aux récides ou à la paranoïa secondaire.
Id.	Quelques mois. Intermittences fréquentes.	Incertain.

NUMÉROS d'ordre.	TEMPÉRAMENT	FORMES	SYMPTÔMES psychiques.
V.	Tempérament psychopathique défini jusqu'à la manifestation d'une psychose ou d'un état dégénératif avec fatigue cérébrale épisodique.	Confusion mentale dans la manie.	»
		Confusion mentale dans la mélancolie.	»
		Confusion mentale dans l'épilepsie.	»
		Confusion mentale dans la paranoïa.	Très variables.
		Confusion mentale dans l'hystérie.	Symptômes de la confusion simple ou hallucinatoire.
		Confusion mentale dans la paralysie générale progressive.	Ceux de la confusion simple ou maniaque.

sensorielle, là où ils dominent la dépression, ils sembleraient devoir être rattachés à des particularités originelles, à des anomalies de tempérament exagérées par l'asthénie cérébrale, sous l'influence d'excitations psychiques ou somatiques.

II. — *La pudeur. Etude physio-pathologique et sociale*; par le Dr A. Grimaldi (n° 1). — Conclusion d'une étude très documentée poursuivie à travers un certain nombre de numéros et dont nous avons déjà donné quelques aperçus. La femme doit être relevée; il ne faut plus qu'elle occupe dans la société une place inférieure à celle de l'homme; les moyens à mettre en œuvre pour parvenir à ce but consistent dans l'instruction, l'éducation, la pratique rigoureuse des prescriptions de l'hygiène morale et physique, la suppression des maisons de tolérance, l'accès de la femme à bon nombre de professions actuellement masculines, etc. Moyennant quoi, elle perdra progressivement cette tendance au mensonge qui la caractérise et dans lequel sa faiblesse trouve un moyen de défense; même chose en ce qui concerne sa cruauté, sa coquetterie, son amour du clinquant, le côté superstitieux de ses croyances, l'instabilité de son esprit, la fragilité de sa pudeur... Que deviendra même cette pudeur? Il est difficile de le prévoir, l'évolution de ce sentiment étant soumise à une infinité de conditions individuelles et civiles. L'honneur, confondu à l'origine avec la

SYMPTOMES physiques.	DURÉE	PRONOSTIC
Nutrition générale languissante, constipation, fétidité de l'haleine, anorexie.	»	En cas de persistance, sombre pour l'intellect du malade.
Id.	»	Id.
»	Courte; dans la forme simple atteint quelques mois.	Ordinairement heureux pour l'accès.
La déchéance profonde n'est pas de règle.	Parfois courte, parfois terminée par de la démence paranoïde.	»
Id.	»	En présence de stupeur concomitante, pronostic douteux.
Nutrition très altérée.	»	Grave, par le fait de la maladie essentielle.

pudeur, s'en est séparé avec le temps; celle-ci n'en a plus été qu'une forme, qui, grâce à la civilisation, a revêtu des dehors plus abstraits et s'est haussée au niveau des nobles concepts, des délicatesses sociales que sont la décence, le bon goût et l'art de plaire. Ainsi en est-il chez l'homme; par l'éducation morale, intellectuelle et physique, la pudeur féminine arrivera au même degré de perfection. De sorte que, à l'époque où se sera pleinement accomplie la rénovation de notre compagne, où ses facultés, ses moyens vitaux et la pleine possession de ses droits l'auront faite l'égale de l'homme, « la pudeur ne sera plus, comme aujourd'hui, le résultat obligatoire des lois, de la religion et des mœurs, mais une manifestation spontanée du cœur, un besoin, une habitude. Délivrée des restrictions de la sexualité pure et s'élargissant jusqu'à devenir partie intégrante de la dignité personnelle, énergiquement soutenue par des sentiments d'honneur et de loyauté, grandis eux-mêmes dans l'équilibre du caractère et le mépris du mensonge hypocrite, la pudeur sera ce qu'elle doit être: la plus pure, la plus ferme, la plus noble des vertus; à la fois ornement enchanteur, grâce séductrice et gage d'amour fidèle, elle constituera la plus radieuse couronne de la Beauté ».

III. — *Les rechutes mentales survenues après un long intervalle de santé*; par le D<sup>r</sup> Raphaël Gucci (n° 2). — Les réci-

dives psychopathiques ont été plus souvent étudiées jusqu'à ce jour dans leurs relations avec les formes mentales qu'elles affectent ou le nombre qu'elles atteignent que par rapport au temps qu'elles ont mis à se produire. Une remarque générale, confirmée notamment par Marcé, en France, Buknill et Tuke, en Angleterre, permet de croire, cependant, que ces récidives sont d'autant plus rares que les malades s'éloignent davantage de leur premier accès. Le D<sup>r</sup> Gucci, espérant obtenir de l'expérience personnelle des renseignements plus complets sur ce point, a suivi les observations de nombreux patients du Manicomio de Florence, et, sur le nombre, — plusieurs milliers, — il a relevé trente-six cas plus particulièrement dignes d'intérêt, dont il relate brièvement l'historique. De ses investigations, il ressort, pour lui, que : les récidives sont des moins fréquentes après une guérison comptant dix années de date ; — la forme morbide paraît avoir une médiocre importance, le même chiffre environ de maniaques et de mélancoliques figurant dans le relevé ; — l'âge où s'est produit le premier accès semble aussi indifférent, bien que les trente-six sujets en cause aient succombé jeunes à la maladie (de dix-neuf à trente ans) ; — la première crise s'étant, chez tous, terminée par le rétablissement, la deuxième a donné quinze guérisons, cinq améliorations, parfaites à domicile, deux folies chroniques et quatorze décès ; — en premier lieu, 66.66 p. 100 des guéris (24/36) se rétablirent dans les six mois de la séquestration ; pour la même période, la récidive a donné une proportion plus forte encore, 80 p. 100 (12/15) ; — la bénignité comme l'espacement des accès sont attribuables, selon toute probabilité, à la bonne constitution psychique des uns et aux conditions favorables d'ambiance parmi lesquelles ont vécu les autres, les premiers ayant payé tribut aux causes occasionnelles seulement (parturition, excès bachiques, traumatismes), les seconds étant grevés d'une déchéance héréditaire certaine (80.5 p. 100).

IV. — *Le tempérament et le caractère ; leur valeur dans les recherches de psychiatrie et d'anthropologie criminelle* ; par le D<sup>r</sup> F. Del Greco (n° 2). — Très long article, difficile à résumer avec la brièveté voulue sans en rien omettre d'essentiel, mais dont les conclusions reflètent suffisamment les aperçus principaux pour que nous puissions nous borner à les analyser elles-mêmes.

L'auteur s'est proposé « de voir si la psychopathologie peut d'une façon certaine contribuer à l'étude de l'*individualité humaine*... »



Comme point de départ, il envisage les rapports de la folie avec les variations biologiques générales de l'individu : âge, sexe, anomalies, etc. Le penchant au vol se rencontre surtout chez les jeunes gens et les femmes (maniaques, épileptiques, déments), ou encore chez l'homme adulte (paralytiques). Les tendances homicides sont le fait de gens anormaux ou incomplets au moral comme au physique, enclins au délire vaniteux et, tantôt portés à l'irritation, à l'impulsion, tantôt à la torpeur mentale, à l'apathie. Les folies de l'adolescence offrent dans leur marche, leurs symptômes, leurs préoccupations délirantes les caractères d'instabilité propres à cet âge ; chez les femmes, prédominent la lypémanie et l'hystérie, chez l'homme, les délires épileptiques et la paranoïa. Recherchant, ensuite, si chacune des formes mentales cliniquement admises n'exprimerait pas, dans ses particularités, les exagérations d'une personnalité normale, il dédouble l'individualité en ses termes composants : l'un, psychophysique (tempérament et constitution), l'autre, psychosocial (caractère), et constate que tous deux éprouvent des altérations dans les maladies intellectuelles. Le changement du caractère se manifeste surtout par des variations de l'instinct social qui, dans la manie, la lypémanie, la stupeur, apparaît troublé ou suspendu, et, dans la paranoïa, l'épilepsie, la délictuosité originelle, est profondément et définitivement lésé par hypertrophie de l'instinct de conservation. Une même altération est donc différente selon le groupe psychomorphe et même selon chaque forme délirante ; nous relevons dans la manie et la lypémanie une hausse ou une baisse, par rapport à la normale, quant à l'extériorisation des phénomènes psychiques ; dans la stupeur, un arrêt de toute idéation ; l'instinct de conservation se fait défensif dans la paranoïa, offensif dans l'épilepsie. Parallèlement à ces troubles dans le caractère s'en rencontrent de non moins sérieux dans le tempérament : c'est ainsi que les lignes normales de celui-ci peuvent s'accroître au point de donner lieu aux tempéraments sanguin, mélancolique, lymphatique, etc. (Eréthisme ou torpeur). Dans les psychoses où s'établit profonde et durable l'altération du caractère, celle-ci entraîne des lésions de la constitution psychophysique ; elles sont perceptibles surtout dans le délire sensoriel, où nous rencontrons, joint à la faiblesse du tempérament, un groupe de phénomènes constitutionnels révélé par la prédominance de souvenirs, d'images et d'excitations sensorielles, en état d'irritation continue. Les profonds changements

subis par le caractère au cours de l'épilepsie trouvent leur point d'origine dans une déformation constitutionnelle et des anomalies de tempérament; celui de l'épileptique est une dégénération du tempérament bilieux.

Si les dégénérescences et les psychoses permettent de distinguer dans la personnalité la constitution psychophysique (dont relèvent les anomalies et les arrêts de développement), le tempérament (origine des psychonévroses) et le caractère (expression des instincts de sociabilité et de conservation), il n'est pas sans intérêt de déterminer, tant chez les individus malades que chez les bien portants, le type des infractions de ce genre qu'ils présentent. Le criminel-né se voit surtout grevé d'imbécillité morale et intellectuelle (altération de la constitution psychophysique), de tendances à la réaction violente (tempérament épileptoïde) et aux idées de persécution (dégénérescence du caractère); mêmes symptômes, plus atténués, cependant, chez le criminel aliéné, qui, selon la prépondérance d'un groupe de ces symptômes, sera un criminel, tantôt imbécile ou phrénasthénique, tantôt épileptique, tantôt paranoïque. Le criminel homicide a de commun avec l'épileptique l'irascibilité, c'est-à-dire le tempérament, sinon la névrose; par contre, il possède bien en particulier les anomalies constitutionnelles qui dominent précisément sa tendance distinctive. Enfin, tous ces éléments morbides, diversement mêlés ou sertis, se rencontrent dans l'homme normal et en font varier à l'infini la constitution, le tempérament, le caractère.

V. — *La lactophénine dans l'insomnie des aliénés, note thérapeutique*; par le Dr A. Cristiani (n° 2). — Ce médicament, essayé par le rédacteur de cette note dans plus de deux cents cas de toute nature, aux doses de 1 à 3 grammes, paraît avoir donné d'excellents résultats. Son action se fait sentir quelque trente minutes après l'ingestion et a pour effet un sommeil profond, calme, réparateur, quasi-normal, de quatre à neuf heures de durée, sans vertiges, dépressions, céphalée ou autres troubles consécutifs. Aucune affection mentale ou somatique ne semble devoir le faire proscrire; l'accumulation n'est pas davantage son fait. Son point faible gît, par contre, dans la grande assuétude qu'en ont rapidement contractée les malades; de sorte que, pour retirer de son administration les bénéfices attendus, il y a lieu de l'interrompre par périodes et de remplacer la lactophénine par d'autres somnifères, comme agents d'attente. Elle vaut les bromures dans l'épilepsie et l'hystérie; mais sa va-

leur n'est pas supérieure et n'influe du reste pas sur la marche des psychoses en général. N'ayant ni odeur, ni saveur, elle est acceptée volontiers, même en potion, et ne s'est jamais montrée infidèle, sauf dans les cas de délire intense avec agitation psychomotrice très vive, — inefficacité commune, d'ailleurs, en pareilles circonstances, à tous les hypnotiques essayés.

VI. — *L'impulsivité dans le caractère et les psychoses. Étude clinique*; par le D<sup>r</sup> G. Angiolella (n° 2). — De quinze observations, rapportées en détail et discutées minutieusement, il semble découler que l'impulsivité n'est pas une et qu'on peut en discerner deux types. L'un, d'origine réflexe, est dû à l'impuissance de la volonté devant une excitation d'origine externe ou d'ordre intime de nature morbide. Cette faiblesse des pouvoirs modérateurs peut être inhérente au caractère de l'individu ou provenir d'une affection mentale. L'autre type impulsif reconnaît pour principe un superflu d'activité volitive et motrice jointe à une absence de sentiments moraux, avec prédominance de conceptions viles, égoïstes, antisociales, parfois, féroces même; combinaison d'où résulte un caractère emporté, violent, prompt à la colère et aux actes, — criminel, en un mot. Loin d'être l'effet de réactions morbides, ce caractère a tout au plus le sceau congénital, ou représente encore le produit d'éléments natifs et de conditions sociales modificatrices; c'est lui qui donne aux psychoses survenantes un coloris particulier dont le trait essentiel consiste dans une tendance aux actes plus développée qu'à l'ordinaire, laquelle revêt, par suite, le malade d'une personnalité plus dangereuse. Chez l'épileptique, les impulsions contemporaines de l'accès ressemblent à celles du premier type; celles qui ont lieu entre les crises ou chez des individus exempts de vrais paroxysmes, c'est-à-dire à simple tempérament comitial, sont à rapprocher des conditions énumérées dans le second cas, avec cette distinction, cependant, que les patients relèvent des unes ou des autres, selon que leur débilité provient (native ou non) de leur mauvaise organisation physiologique ou que leur mal se complique des stigmates physiques et moraux des délinquants. De là, la conception de la névrose ou tempérament criminel, que caractérise plutôt l'intensité des sentiments anti-humanitaires, antisociaux, que le défaut d'aspirations élevées, en même temps que la tendance aux réactions agressives et motrices, bien supérieure, ici, à la faiblesse elle-même des pouvoirs modérateurs.

VII. — *Observations d'histologie cérébrale*; par le D<sup>r</sup> U.

Alessi (n° 3). — Plus d'une fois, dans des préparations provenant d'organes considérés comme sains, il est advenu à l'observateur de rencontrer certaines cellules entachées d'altérations légères; le fait ayant frappé le D<sup>r</sup> Alessi, sa curiosité scientifique s'est émue, et l'a conduit aux recherches dont il expose le résultat. Il a choisi comme terrains d'expérience le cerveau, le foie et les reins, — plus particulièrement le premier, — et, comme sujets, un chien de deux mois, trois lapins, deux cobayes, trois taupes et quatre lézards verts, tous en bonne santé. Son opinion définitive est la suivante :

Il n'est pas indispensable au bon fonctionnement physiologique d'un viscère que tous ses éléments se trouvent normaux; mais, il suffit que l'intégrité soit de règle pour la plus grande partie d'entre eux et que les lésions existantes n'aillent pas jusqu'à compromettre la vie propre de la cellule. — Autre fait à retenir : ces lésions augmentent en nombre et en quantité, pour les trois viscères observés, à mesure que l'on s'élève dans l'échelle animale; ce qui semble indiquer que les animaux supérieurs, par le fait même de leur complexité, peut-être aussi par leur fabrication plus active de produits toxiques, se montrent plus sensibles que les autres à l'action des agents pathogènes.

VIII. — *L'auto-intoxication dans l'étiologie des névroses et des psychoses. Note historico-critique*; par le D<sup>r</sup> R. Lambranzi (n° 3). — Son sous-titre indique suffisamment la nature de cet article, sorte de revue des auteurs qui ont examiné la question et des théories qu'ils ont émises. Ce qui semble admissible, en fin de compte, dit l'analyste, c'est que la lésion nerveuse est généralement primitive et la production d'éléments toxiques secondaire chez les aliénés et les névropathes. Quant aux phénomènes intermittents ou isolés à caractères d'accès (épileptoïdes, tétaniformes, hystérimorphes, etc.), leur retour s'expliquerait par une sorte de cercle vicieux, l'altération initiale provoquant des troubles de dénutrition qu'augmentent les scories excrémentitielles, et celles-ci par leur excès amenant une infection de l'organisme dont la crise nerveuse n'est que la traduction. La répétition de ces faits ne serait d'ailleurs pas sans une action lointaine sur l'évolution de la maladie, l'emmagasinement continu de toxines devant, sans doute, influencer, à la longue, la perturbation fondamentale et en consacrer finalement la chronicité.

IX. — *Hystérie mâle. États de double conscience*; par le

D<sup>r</sup> R. Baroncini (n° 3). — Ce travail a été analysé par M. le D<sup>r</sup> G. Gombault, dans les *Annales* de janvier-février 1901, p. 140.

X. — *Du soliloque chez les aliénés. Observations et considérations cliniques*; par le professeur A. Raggi (n° 3). — Etude en grande partie statistique, couronnée par les conclusions ci-après :

Le soliloque est très fréquent chez les aliénés, et plus encore dans le sexe féminin que dans l'autre. Il affecte moins souvent les folies aiguës que les folies chroniques. Il atteint, de préférence à toute autre psychose invétérée, en premier lieu, la paranoïa, puis, la démence. Ses origines sont multiples et peuvent se ramener à quatre types ou éléments : 1° *idéatif*, c'est-à-dire provoqué par un afflux d'idées vives et pressantes ; 2° *émotionnel*, ou lié à une excitation d'ordre émotif ; 3° *sensoriel*, en relation avec des troubles hallucinatoires ; 4° *inconscient*, expression d'un désordre mental trahissant une lésion de l'attention, de l'association, etc. Ces quatre modes peuvent se présenter isolément ou diversement groupés (formes mixtes). Le type *idéatif* prévaut, d'ordinaire, dans les délires systématisés ; l'expression *émotionnelle* est commune dans toute espèce de folie, mais plutôt dans celles à réaction maniaque avec accès ; l'élément *sensoriel* se rencontre dans toutes les manifestations délirantes ; le soliloque, enfin, d'origine *inconsciente*, est propre aux maladies à début lointain, à la folie épileptique, à la confusion mentale et dénonce, presque toujours, un pronostic fâcheux. Dans les affections chroniques, le soliloque est le plus souvent *habituel*, et en rapport, soit avec une forte excitation émotionnelle, soit avec un état plus ou moins complet d'inconscience ; il survient, au contraire, *par crises*, dans les formes morbides paroxystiques et dans les cas aigus, occupe les périodes de grande surexcitation. Il est *diurne* ou *nocturne*, mais plutôt uniquement diurne que seulement nocturne ; très rarement observé sous ce dernier aspect, il n'a guère alors coïncidé qu'avec des folies aiguës et selon les types émotionnel, idéatif et sensoriel ; exclusivement diurne, il complique surtout les psychoses chroniques avec conservation de sommeil. Le soliloque, chez l'homme endormi, n'est pas plus fréquent dans la maladie que dans la santé mentale ; peut-être, même, l'est-il moins. Il est plus souvent *incohérent* que *logique*, chez l'aliéné : sous la première de ces apparences, il prévaut surtout dans l'état dementiel ; la seconde serait plutôt spéciale au délire sys-

tématisé. Il se montre presque toujours associé à une excitation musculaire se traduisant par des gestes et diverses expressions de physionomie. Son fond reste celui du langage ordinaire chez un malade donné ; mais, en valeur générale, il l'emporte sur ce dernier, au point de vue clinique, par ses caractères de véracité, son défaut d'artifice et de dissimulation.

XI. — *Un cas de torticolis mental ou maladie de Brissaud* ; par le professeur F.-P. Sgobbo (n° 3).—Il s'agit d'une femme de quatre-vingt-douze ans, mère de fils vivants et sains : menstruation régulière dès seize ans ; une attaque convulsive sans cause connue, vers la vingt-quatrième année, avec perte de la parole, mais sans trouble intellectuel, ni récurrence. Devenue veuve en 1894, elle est, depuis lors, sous le coup d'une dépression habituelle, ne sort presque pas de chez elle, reste des heures entières raide et rêveuse, et ne se distrait guère qu'en regardant parfois dans la rue, à travers la fenêtre, mais sans bouger de place, par une simple rotation cervicale, toujours la même et de durée variable (mouvement à droite). Elle ne tarde pas à s'apercevoir que cette position lui devient progressivement plus familière, au point qu'elle la prend, quelquefois, sans y penser et qu'elle finit même par l'adopter involontairement, comme plus normale, si bien qu'elle en arrive à devenir constante et à ce point fixée que la malade ne parvient plus à tourner la tête à gauche sans l'aide de ses mains. Bientôt, la raideur musculaire devient telle que, durant la marche, l'épaule, le bras droit et la partie supérieure du rachis sont sollicités en avant et à droite, donnant ainsi au sujet une attitude toute particulière ; pour en triompher, et afin de cacher son mal aux passants, la femme X... est obligée de ramener et de maintenir en place son chef dévié, soit en appuyant la main sur le bord droit de l'occiput, de la joue ou du menton, soit en fichant l'ongle de son pouce entre les incisives du même côté.

L'examen révèle tous les caractères donnés par Brissaud et Feindel comme typiques du torticolis mental ; on ne saurait songer à un spasme hystérique, malgré l'attaque signalée dans les antécédents, à cause précisément de la possibilité qu'a la malade de corriger l'attitude vicieuse de sa tête, grâce à un effort, même faible ; la contraction nerveuse, au contraire, est insurmontable, surtout pour le patient.

D<sup>r</sup> NICOLAU.

## JOURNAUX ANGLAIS

## Journal of Mental science.

ANNÉE 1898.

I. — *Flechsigs. Sur la localisation des fonctions mentales dans le cerveau* ; par le D<sup>r</sup> W. Ireland (numéro de janvier).— Ce chapitre est un exposé des travaux de Flechsig sur le fonctionnement cérébral. L'éminent anatomiste estime que la vieille psychologie introspective a fait son temps et que l'anatomie et la clinique ont fait aujourd'hui des progrès suffisants pour nous permettre de formuler une doctrine rationnelle de la genèse des facultés humaines.

Les vivisections ont démontré que l'ablation du cerveau supprime toute manifestation mentale. Après avoir remarqué que l'enfant nouveau-né ne pense pas parce que son cerveau n'est pas mûr pour la pensée, dépourvu qu'il est de fibres chimiquement constituées pour le rôle psychique, il décrit les conditions structurales qui sont, d'après lui, intimement liées au travail de l'esprit, et trouve dans le développement histologique la clef de l'évolution mentale. Les débuts et les progrès de celle-ci sont en rapport constant avec la formation des fibres à myéline.

Elles apparaissent d'abord dans le système sensitif qui apporte au moi les impressions du dehors (à la moelle, les premières fibres à myéline se montrent dans le système moteur). M. Flechsig suit dans le cerveau le trajet de ces fibres.

Les premiers conducteurs sensoriels arrivés à leur complet développement, que l'on voit dans la substance blanche du cerveau, sont des prolongements des racines postérieures. Ces racines donnent passage à ces sensations organiques indépendantes du sympathique, et aussi aux impressions cutanées, du toucher et de la température. L'hémianesthésie de Turk, à forme simple, dans laquelle les fonctions de la moelle postérieure sont seules compromises, est consécutive aux lésions de la partie postérieure de la capsule interne et du pied de la couronne rayonnante.

Cette localisation correspond à une partie du *carrefour sensitif* de Charcot. Or, les recherches de Flechsig lui ont permis

d'établir que c'est dans cette région du cerveau foetal que l'on découvre les premières fibres à cylindre-axe.

Dans le processus évolutif qu'il a étudié, trois systèmes de fibres apparaissent dans la capsule interne, qui ont pour fonction de conduire la sensibilité.

A. Le premier occupe la moitié supérieure de la capsule, en arrière du faisceau pyramidal. Les fibres à cylindre-axe se montrent au début du neuvième mois de la vie foetale, se joignent à d'autres émanées du noyau latéral du thalamus, du corps squammiforme, du groupe semi-lunaire et du filet, pour constituer un faisceau qui aboutit à la substance grise du gyrus médian. Cette circonvolution est donc la première à recevoir les impressions de la périphérie.

B. Un mois plus tard, on aperçoit dans la capsule un second système de fibres qui sort aussi du même noyau latéral, un peu en arrière du premier. Il se dirige à travers le centre ovale, vers les mêmes régions, et atteint le lobule paracentral et le pied de la première frontale. Un autre faisceau fait un coude brusque et va se mettre en rapport, en dedans, avec le gyrus fornicatus. Les fibres postérieures longent le cingulum et se perdent dans le grand hippocampe. Vers l'époque de leur maturité, les fibres qui partent de la partie supérieure et du bord antérieur de la capsule interne se réunissent à d'autres qui émanent de la base, entrent dans l'hippocampe et gagnent le pied de cette circonvolution. La totalité du lobe limbique est ainsi reliée au noyau latéral de la couche optique.

C. Dans une période qui varie de un à plusieurs mois après la naissance, on trouve dans la capsule un troisième système de fibres en rapport avec le noyau latéral du thalamus. Elles passent de la partie antérieure de ce noyau dans le milieu de la capsule; les unes vont vers le pied de la 3<sup>e</sup> circonvolution; d'autres s'incurvent brusquement pour atteindre l'écorce. Plusieurs centaines de ces dernières se projettent en avant du faisceau pyramidal et s'élèvent du bord antérieur du corps strié jusqu'à la 3<sup>e</sup> frontale. Un autre groupe part de la partie antérieure de la capsule, parcourt le lobe frontal jusqu'au vertex et de là s'incurve pour gagner le milieu du gyrus fornicatus. D'autres fibres vont à la moitié antérieure de la 1<sup>re</sup> frontale, d'autres enfin au pied de la seconde. Tous les faisceaux ascendants de conduction nerveuse qui continuent les racines postérieures aboutissent au noyau latéral de la couche optique, qui serait dès lors un carrefour de passage des nerfs de sensibilité



qui se dirigent vers l'écorce. Les fibres qui ne vont pas jusqu'à s'arrêtent au noyau semi-lunaire et au centre médian de Luys. Le reste du thalamus n'a aucun rapport avec la conduction sensorielle.

Ces résultats sont confirmés par l'anatomie pathologique qui permet de constater les dégénérescences descendantes. La clinique démontre la relation qui existe entre les circonvolutions centrales et les cordons postérieurs et latéraux de la moelle. La destruction de ces circonvolutions détermine fréquemment l'abolition des perceptions kinesthésiques. Des lésions circonscrites sont suivies de la perte de la notion du contact. Avec l'altération de la partie moyenne de la circonvolution centrale s'observe l'impuissance à reconnaître la forme des objets par le toucher.

Une blessure de la 3<sup>e</sup> frontale agit sur la fonction du langage en altérant la perception des mouvements impliqués dans cette fonction (Wernicke).

Or, le 3<sup>e</sup> système précédemment décrit est tardivement développé, et ses fibres, qui vont à la 3<sup>e</sup> et peut-être à la première frontale, sont en rapport avec la sensibilité, non de la surface cutanée, mais des parties profondes du corps. L'hippocampe n'est jamais lésé sans que la capsule et le thalamus le soient aussi (sens musculaire). Le lobe limbique (hippocampe et circonvolution du corps calleux) est l'aboutissant des impressions de contact, de température et de sensibilité générale. Munk a dénommé cette région « la sphère de sensibilité corporelle » (*Körpersfühlsphäre*). Elle contient un nombre très grand de centres divers. Elle n'est pas seulement en rapport avec des fibres sensorielles, elle est aussi le point de départ de fibres motrices à direction centrifuge qui forment les quatre cinquièmes du pédoncule cérébral et s'y comptent par millions.

Elles se développent par un procédé semblable à celui des fibres sensorielles dans la capsule. Le faisceau pyramidal est la seule voie de conduction des nerfs moteurs. L'anatomie n'a pas encore découvert dans le 2<sup>e</sup> système sensoriel des fibres motrices correspondantes.

Certaines fibres se rendent de la zone de sensation corporelle à d'autres régions de la couche optique qui ne paraissent pas en relation avec les racines postérieures. Flechsig appelle la masse ganglionnaire qui les reçoit, groupe nucléaire dorso-médian (*dorso-medial Hirngruppe*). Elle correspond au noyau interne et au pulvinar. Elle occupe toute la couche optique, moins

les noyaux latéral et semi-lunaire, le centre médian et le groupe ventro-latéral (Flechsig). Très probablement les fibres corticopètes passent dans ce dernier amas nucléaire, tandis que les corticofuges aboutissent au groupe dorso-médian. Mais nous sommes ici en pleine hypothèse. Toutefois, on sait que chaque partie du groupe dorso-médian est en rapport avec un point de l'écorce; il reste à découvrir les aboutissants périphériques de ces fibres. Le faisceau corticopète aurait pour fonction d'apporter à la conscience les sensations organiques de tout l'organisme, soit, impression de bien-être, ainsi que les modifications liées à la circulation, à la respiration, à la contraction des muscles. Cette sphère de sensation corporelle aurait encore sous sa dépendance la mesure des mouvements associés à l'expression des passions et des sentiments.

Le professeur recherche ensuite l'origine des nerfs de sensibilité spéciale.

Les filets olfactifs montrent leur cylindre-axe vers la fin du neuvième mois. Dans l'échelle animale, l'odorat est le premier sens qui existe chez les vertébrés. Le nerf olfactif est en rapport direct avec la corne d'Ammon dont le rôle dans la perception des odeurs est indéniable. En outre, cet appareil sensitif se relie aux globus pallidus du noyau lenticulaire et au thalamus.

L'origine du goût semble devoir se trouver au sommet de la sphère de sensation corporelle ou de la sphère olfactive — simple supposition de l'auteur.

Les premières fibres optiques à cylindre-axe s'observent au milieu du dixième mois. Leur direction est nettement tracée du corps genouillé externe au tubercle quadrijumeau antérieur. Du corps genouillé externe, un large faisceau va au pulvinar et à la scissure calcarine.

La sphère visuelle embrasse la totalité de la surface interne du lobe occipital, plus une zone étroite sur la convexité de ce lobe depuis la 1<sup>re</sup> occipitale jusqu'à la scissure pariéto-occipitale. Le gyrus angulaire est étranger à la vision.

Les premières fibres développées sont en rapport avec la tache jaune. Neuf mois après la naissance, l'œil est mûr pour sa fonction. Les fibres de la tache jaune sont seules en connexion directe avec le corps genouillé externe; les fibres périphériques de la rétine se rendent au tubercle quadrijumeau et à la couche optique.

Le système auditif est le dernier à faire son apparition. Le nerf cochléen se dirige du noyau latéral du filet, en se joignant

à quelques fibres de la formation réticulaire, vers le tubercule quadrijumeau inférieur et le corps genouillé interne pour gagner le lobe temporal. Ce trajet n'est pas nettement défini, mais la clinique démontre les rapports du lobe temporal avec l'audition. La zone auditive embrasse, d'après Monakow et Maunyn, les quatre cinquièmes de la temporale supérieure, d'avant en arrière; sa destruction est suivie de la dégénération du corps genouillé interne. Le professeur attache plus d'importance aux deux plis temporaux transverses, placés au fond de la scissure de Sylvius, qui forment les racines de la temporo-sphénoïdale. Il s'appuie sur des faits d'anatomie pathologique pour assigner leur rôle à ces organes dans l'audition. Il signale enfin, sous le côté externe du pédoncule, des fibres motrices reliées à la sphère de sensation corporelle.

Le cerveau tient donc sous sa dépendance les appareils de sensibilité spéciale qui occupent des territoires bien définis de l'écorce. Ces divers organes ne peuvent se substituer l'un à l'autre. M. Flechsig va même jusqu'à affirmer que la structure de chaque sens est spéciale et peut être distinguée au microscope.

Le couronnement nécessaire d'une œuvre aussi considérable devait être une conception physiologique de la pensée. Une faible partie de l'écorce cérébrale est en rapport direct avec les faisceaux sensibles et moteurs. Tout le reste, les deux tiers environ, a une fonction plus élevée; c'est la région où s'élabore le travail psychique. Elle comprend la totalité du lobe frontal moins une partie de la 3<sup>e</sup> circonvolution, l'insula, la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> pariétales, la 2<sup>e</sup> et la 3<sup>e</sup> temporales moins le côté interne du pôle temporal, les circonvolutions occipito-temporales, la 2<sup>e</sup> et la 3<sup>e</sup> occipitales et la presque totalité du præcuneus. Cette partie de l'écorce se développe lentement; les cylindre-axes y apparaissent bien après ceux des sphères de sensibilité; ces circonvolutions mûrissent tardivement, pour employer une image pittoresque de l'auteur. Trois mois après la naissance, leur organisation n'existe pas encore. Bientôt se montrent des fibres sensorielles, fibres d'association, qui émanent des autres centres et qui vont mettre en communication tous les points de l'organe cérébral. Les cellules de cette région mentale deviennent le siège de l'association des idées. La sphère de sensation corporelle est la plus riche en fibres d'association. Elle envoie de gros faisceaux vers les grands centres et notamment un faisceau volumineux à la surface externe et à la base

du lobe temporal, qui paraît en rapport avec les impulsions volontaires ou effectives. Le rôle mental le plus important semble devoir être attribué aux régions postérieures.

Quoi qu'il en soit, les circonvolutions centrales sont reliées avec la région frontale et l'insula et envoient des fibres d'association à la sphère de sensation corporelle, de sorte que le neurone central des centres d'association est en rapport étroit avec les limites des zones sensorielles et que les centres mentaux postérieur et frontal sont mis en connection parfaite. Ces conditions étaient indispensables pour assurer la notion du *moi* et le développement de l'être psychique.

II. — *Carlyle, sa femme et ses critiques*; par le Dr Crichton-Browne (numéro de janvier). — L'homme célèbre appartient à son temps. C'est en vertu de ce principe que Thomas Carlyle a pu être l'objet, aussitôt après sa mort, d'attaques violentes qui n'ont épargné ni l'homme privé, ni le lettré. Dans un éloquent discours prononcé à l'Université d'Edimbourg, l'honorable Crichton-Browne défend avec énergie la mémoire du glorieux historien. C'est un magnifique éloge que cette adresse inaugurale, où une vibrante éloquence s'ajoute à une argumentation serrée.

Une semaine ne s'était pas écoulée depuis les obsèques de Carlyle qu'un éditeur, peu scrupuleux, livrait à la publicité une masse de documents intimes, dont le plus grand nombre, malheureusement, étaient fournis par sa femme. On le montrait mauvais époux; on l'accusait de faire peser sur sa femme un caractère égoïste et dur. On lui reprochait surtout sa liaison avec une personnalité éminente, lady Ashburton, qui aurait exercé une influence néfaste sur sa vie. M. Browne démontre l'inanité de ce dernier bruit, en remarquant que lady Ashburton n'était pour Carlyle qu'une bienfaitrice illustre qui n'avait fait que lui rendre facile, ainsi qu'à sa femme, l'accès d'un cercle brillant. On ne saurait prêter à celle-ci le moindre sentiment jaloux. En revanche, ses écarts de plume reconnaissent une autre cause : elle était elle-même un cas pathologique.

Prédisposée héréditairement, Mistress Carlyle avait une mère apoplectique, un oncle paralysé. Elle vantait volontiers son origine égyptienne et justifiait par elle son tempérament émotif et impressionnable. Dès ses premières années, son activité intellectuelle était extraordinaire. A neuf ans, elle lisait Virgile; à douze ans, elle résolvait des problèmes de mathématique; elle écrivait une tragédie à quatorze ans. La neurasthénie

vint frapper cette dame de bonne heure et c'est sous l'influence d'une perversion morale qu'elle mit au jour ses écrits (journal, lettres et réminiscences) qui furent si désastreux pour son mari. Elle était alors atteinte d'une véritable mélancolie climatérique.

Thomas était le plus noble et le plus généreux des hommes. Il a pu avoir, en présence des orages provoqués par son acariâtre compagne, des moments d'impatience bien justifiés; mais on ne trouve dans ses lettres privées que l'expression de sentiments délicats et d'une sincère tendresse.

Les ennemis de ce grand homme sont allés plus loin et l'ont osé dénigrer comme écrivain. On devait s'attendre à voir ceux qu'il a flagellés de sa plume chercher à se venger après sa disparition. Le plus marquant de tous est le professeur Jowett, auteur d'une biographie dans laquelle Carlyle est l'objet d'attaques passionnées et malveillantes.

L'orateur relève énergiquement ces critiques et montre dans une réfutation véhémence, appuyée sur des citations nombreuses, ce que fut le célèbre historien : un grand cœur, un auteur de génie, une des gloires de l'Angleterre.

III. — *Visite aux asiles danois pour faibles d'esprit et autres institutions*; par le D<sup>r</sup> William Ireland (numéro de janvier). — Notre distingué confrère a fait route, par la mer du Nord, de Hull à Amsterdam. Il a traversé l'Allemagne septentrionale et s'est arrêté à Brême, profitant de son passage dans la ville hanséatique pour s'y renseigner sur l'assistance spéciale dont il s'occupe. Il a vu que l'organisation de cette assistance n'y est pas encore parfaite, parce que les ressources sont insuffisantes pour la création d'un institut pour idiots dans le territoire de la cité. En attendant que les fonds soient réalisés, les dégénérés mentaux sont traités dans une maison située dans une rue étroite du centre. Leur nombre est de quatre-vingt-deux, tous enfants. Vingt-deux garçons ou filles savent parler et apprennent la lecture. Neuf élèves habitent la ville et fréquentent assidûment l'école.

A Copenhague, M. Ireland a trouvé un ample sujet d'études, le traitement médico-pédagogique de l'idiotie y étant pratiqué dans plusieurs établissements.

Le vieil asile de Gamle Bakkehus, qui date de 1856, s'élève dans le voisinage du beau parc de Frederiksberg, au milieu de riants jardins. On peut lui reprocher son exigüité. Deux cents enfants y sont recueillis, sur lesquels un certain nombre non éducatibles. L'asile a 20 professeurs, 4 hommes et 16 dames.

1 seule surveillante en chef habite l'établissement. Le personnel complet comprend 31 personnes avec le médecin, 10 hommes et 21 dames. Il y a 1 maître de chant, de gymnastique, 1 jardinier, 2 domestiques hommes et 24 servantes, infirmières, couturières, filles de cuisine.

Sur 95 élèves perfectibles, 12 adultes s'adonnent aux travaux manuels, 81 suivent l'école. La maison d'école est un bâtiment à trois étages, percé de larges galeries. Les salles d'études sont petites, mais bien aérées et meublées, pourvues de tableaux d'exemples. Les dortoirs pour chaque sexe sont dans des bâtiments séparés. Une construction spéciale est affectée à la cuisine et aux magasins. En 1896, le nombre moyen des pensionnaires a été de 196.

C'est l'éducation qui est le but important des efforts des maîtres, qui s'y adonnent patiemment avec un zèle intelligent et modeste. Leur nombre considérable permet la séparation des élèves, qui reçoivent des soins conformes à leur degré de culture. Dans les ateliers se fabriquent les brosses communes, la vannerie, des ouvrages faciles en bois. L'infirmerie forme un quartier séparé et n'a pas mérité les éloges de notre voyageur. On y voit plusieurs idiots du type mongol et plusieurs microcéphales.

L'érection de l'asile d'Ebberödgaard a été décidée en 1886, trente ans plus tard. Une commission de six membres a été chargée d'étudier le fonctionnement et l'organisation d'une école et d'un asile fermé pour idiots. Ses travaux ont abouti à l'acquisition de la propriété d'Ebberödgaard, à deux milles de la station de Birheröd, sur la ligne de Copenhague à Elsinore. L'asile a été ouvert en 1892 avec 131 pensionnaires, 80 garçons et 51 filles. Situé dans une plaine ondulée et boisée, il se compose d'habitations isolées de deux et trois étages, séparées par des pelouses. Il contient des pavillons spéciaux pour les faibles, des ateliers, des dortoirs pour les deux sexes, un hôpital et une petite chapelle. Chaque groupe de constructions est séparé de son voisin par une belle allée de tilleuls. Le terrain de culture occupe 150 acres, consistant en jardins, terres arables et prairies. L'eau est fournie par deux puits artésiens. La ferme élève 50 vaches, 10 chevaux et 120 porcs. La vidange est utilisée comme engrais. L'établissement fait son gaz et son pain. L'hygiène des bâtiments, qui sont en briques, est bonne. Les chambres, qui sont petites, sont bien chauffées et éclairées. En dehors de la pédagogie élémentaire, l'enseignement est

avant tout industriel. Les élèves sont bien soignés et leur physiologie paraît heureuse. L'état-major comprend, avec le directeur, 10 employés et 7 dames. 1 jardinier, 1 tailleur, 1 cordonnier, 1 boulanger, 1 mécanicien, les surveillant et surveillante en chef composent le personnel. La population dirigeante est complétée par 70 domestiques, — 18 hommes et 52 femmes. Dans les ateliers se fabriquent les mêmes objets qu'au précédent asile, vannerie, sparterie, broserie, menuiserie grossière.

L'entretien d'un pensionnaire oisif coûte 30 livres; le travailleur n'en coûte en moyenne que 21. L'asile n'est pas sous le contrôle de l'Etat, mais il est soumis à un comité de direction. La population journalière moyenne d'Ebberödgaard est de 400 imbéciles.

M. Ireland a parcouru ensuite les établissements privés fondés par le Dr Johan Keller depuis 1865 et dirigés aujourd'hui par son fils, le professeur Chr. Keller. C'est d'abord une vaste maison à cinq étages, dans un passage nommé Baggesens Gade, qui loge 164 imbéciles et reçoit 70 externes. Puis une autre construction située aussi dans la ville, à Balderogade, qui sert de quartier provisoire et d'observation préalable. Elle reçoit 90 pensionnaires. Un troisième bâtiment est réservé aux idiots imperfectibles. Sous la même direction est placée une maison d'épileptiques, la villa Poppina. Elle s'élève hors la ville, sur le bras de mer appelé Kallebostrand. Cet établissement est d'un aspect agréable. Les deux sexes y sont logés séparément. Mentionnons encore, à un mille et quart de la capitale, l'asile d'idiots adultes et incurables de Harens Minde, où sont hospitalisés environ 200 individus.

L'asile de Gammel Mosehus, occupé par des femmes imbéciles capables de travailler, est situé à 5 milles de Copenhague. Il est aménagé pour 40 pensionnaires presque toutes jeunes, sous la direction de 5 dames et de 4 servantes. On s'y adonne au tissage, à la confection des vêtements de laine et aux soins domestiques. A une faible distance se trouve le bâtiment des hommes, à Lille Mosegaard. C'est une vaste construction à trois étages. Le personnel comprend le directeur, son adjoint, 1 cordonnier, 1 tailleur, 1 vannier, 2 jardiniers, 2 surveillants des travaux, 3 domestiques, 1 concierge, 1 veilleur et 6 servantes. La maison est entourée d'un grand jardin, dont les produits se vendent à la ville. La ferme a 10 vaches et 8 chevaux. A l'extérieur, les imbéciles sont occupés aux terrassements, au drainage des marais, à l'extraction de la tourbe.

Les institutions Keller n'assistent pas moins de 600 individus.

IV. — *Certains signes physiques dans la mélancolie*; par le Dr Stoddart (numéro d'avril). — Le trouble pathologique étudié dans ce mémoire est une raideur de nature spéciale qui s'observe non seulement chez les catatoniques, mais encore chez tous les mélancoliques, à un degré plus ou moins marqué. Elle se distingue très nettement de la raideur hémiplegique en ce qu'elle affecte davantage les articulations plus voisines du torse, étant plus apparente au cou et aux épaules qu'aux coudes, aux coudes qu'aux poignets, aux genoux qu'aux chevilles. Chez les hémiplegiques, l'inverse a lieu; c'est aux petites articulations que la raideur est plus accentuée, tandis qu'elle décroît de la périphérie au centre. Il y aurait là un signe clinique nouveau et M. Stoddart propose de désigner par les noms de raideur *rapprochée* (proximal rigidity) et raideur *périphérique* les troubles musculaires propres à ces deux affections, où ils auraient une valeur pathognomonique.

Cette raideur des mélancoliques n'existe pas dans les autres vésanies. Elle disparaît à mesure que la maladie s'améliore. Elle ne peut se confondre avec la raideur volontaire (mentalité) qui est du type périphérique. Elle est associée avec un certain degré de paralysie. Le fait est évident chez des malades qui souffrent d'un délire pénible, surtout si le délire est compliqué de stupeur, et il est démontré par la faiblesse du malade dans l'exécution de certains mouvements. C'est une défaillance de l'élément musculaire de la pensée (Bevan Lewis). Il faut y voir une légère hémiplegie double (?) d'origine mentale. Les deux côtés du corps sont également affectés. La souffrance causée par le bruit chez les lypémaniaques n'a pas d'autre cause que le relâchement des membranes du tympan.

M. Stoddart emprunte à la physique une explication de ce phénomène morbide. On sait que la capacité d'une sphère varie avec le cube de son diamètre, tandis que sa surface varie avec le carré de ce même diamètre. Il suit de là que les corps sphériques de petite dimension ont une plus large surface, relativement à leur contenu, que les corps volumineux. Ce principe s'applique rigoureusement aux grandes et petites cellules du cerveau. Qu'on suppose alors un changement apporté dans la vie de la cellule, affectant la zone péri-cellulaire (anémie, action des toxines du sang, du chloroforme); les petites cellules, dont la surface relative est plus grande, seront les plus atteintes, et



les petites articulations qu'elles innervent seront surtout éprouvées dans leur fonctionnement. La paralysie sera du type périphérique. En admettant l'hypothèse opposée, une matière délétaire se forme au sein même des cellules, produit de leur métabolisme vicié. Son élimination se fera plus lentement pour les grandes cellules, dont la surface relative est moindre, et les grandes articulations seront surtout frappées. La paralysie sera *rapprochée*, telle qu'on la voit chez les mélancoliques.

A l'appui de sa théorie, l'auteur remarque combien est atteinte chez ces malades la fonction sécrétoire. Ce trouble fonctionnel exprime la gêne apportée dans l'élimination des produits métaboliques des cellules. La pilocarpine a la propriété d'exercer son action sur les cellules mêmes en excitant leur pouvoir éliminatoire. M. Stoddart l'a expérimentée méthodiquement chez des mélancoliques et chez d'autres aliénés. Il a constaté une tolérance remarquable chez les premiers, qui ont été à peu près réfractaires à la drogue. Toutes les sécrétions, en effet, sont ralenties chez eux, et cette torpeur fonctionnelle donne lieu à des symptômes caractéristiques. Un exemple curieux est celui des puerpérales chez lesquelles la sécrétion lactée est tarie subitement. L'aménorrhée, si commune chez les mélancoliques, pourrait bien reconnaître pour cause une modification dans les changements biologiques dont l'ovaire est le siège au moment de la menstruation.

V. — *Alcoolisme et impulsions suicides*; par le Dr W.-C. Sullivan (numéro d'avril). — Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° L'impulsion suicide associée à l'alcoolisme fait rarement son apparition avant que l'intoxication soit parvenue à un certain degré de chronicité ;

2° Dans la majorité des cas, l'alcoolique chronique accomplit son acte pendant l'ivresse ; dans la moitié des cas, l'acte est suivi d'amnésie ;

3° Chez les suicidés alcooliques, l'intoxication chronique offre l'expression, d'une part, d'une démence plus ou moins marquée ; de l'autre, de désordres fonctionnels généralisés ; ces troubles viscéraux engendrent un état dépressif d'où l'impulsion peut tirer son origine ;

4° Les organes sexuels, surtout chez les femmes, sont particulièrement susceptibles d'être influencés par le poison alcoolique. Les désordres dont ils sont le siège jouent un rôle important en produisant les altérations émotionnelles de la

personnalité qui précèdent et déterminent la tendance au suicide.

VI. — *Servitude pénale et folie*; par le D<sup>r</sup> A.-R. Douglas (numéro d'avril). — La prison n'est pas un facteur de la folie. Telle est l'opinion soutenue par l'auteur de cette note. Il examine tour à tour l'influence exercée par la servitude pénale sur le premier délinquant et sur le récidiviste.

L'homme qui est condamné pour la première fois a pu tenir une place honorable dans la société. Si cet homme a joui jusque-là d'un équilibre mental parfait, il est bien armé pour le combat de la vie. Aussi, l'emprisonnement qui est venu troubler son existence ne pourra produire chez lui qu'une simple dépression mélancolique, incapable par sa durée d'agir sérieusement sur ses facultés mentales. M. Douglas fait remarquer que la forme même de la pénalité prévient utilement ce danger. L'isolement préalable que subit le condamné au début est loin, comme on croit, de lui être préjudiciable. La discipline qui l'oblige à un travail régulier lui procure une diversion salutaire à ses ennuis. Il sait que le travail qu'il produit peut améliorer sa condition et il s'y livre avec intérêt. Plus tard un changement se produit et il doit travailler en compagnie d'autres détenus, d'après les indications du médecin. Dans ce nouveau milieu, il n'est pas confondu avec les criminels d'habitude. Enfin, sa vie s'écoule régulièrement et paisiblement. S'il souffre, dans les premiers jours, du sentiment de sa chute, il finit par se rassurer et par envisager l'avenir avec confiance. Sa constitution saine et vigoureuse a raison peu à peu de l'accès de tristesse provoqué par son arrestation, la privation de la société des siens et le mauvais état de ses affaires.

Le récidiviste ne souffre pas en prison. Elevé dans le vice, le monde lui apparaît sous deux aspects : une geôle et un lieu de débauches. Havelock Ellis a émis l'opinion que l'emprisonnement est la condition normale du criminel d'habitude, la vie libre représentant pour lui des vacances pendant lesquelles, lorsqu'il n'est pas occupé d'une crime, il peut se vautrer dans l'orgie. En temps ordinaire, il est paresseux et inerte ; mais il offre des intervalles d'excitation qu'on utilise en prison et qui, au dehors, le portent à des actes criminels.

M. Douglas admet deux catégories de convicts : les résignés tranquilles et les turbulents. Ces derniers sont difficiles à conduire à cause de leur manie réclameuse et de leurs tendances insubordonnées. Mais les criminels d'habitude n'ont

aucun trouble mental ; le régime pénitentiaire n'affecte ni leur appétit ni leur sommeil. Pour eux la détention n'a rien de terrible.

VII. — *Rapport de la syphilis acquise avec l'aliénation mentale, mémoire critique*; par le Dr W.-R. Dawson (numéro d'avril). — Dans ce travail sont passés en revue les troubles mentaux qui compliquent ou paraissent compliquer la syphilis, aux diverses phases de l'affection vénérienne. C'est ainsi que l'auteur admet une folie de la syphilis primaire et secondaire offrant deux formes distinctes : une folie toxique aigüe, assimilable à la *mania a potu*; une mélancolie avec ou sans démence, causée sans doute par l'anémie cérébrale. Ces manifestations mentales se produisent surtout chez les héréditaires (Griesinger).

Dans cette première période les lésions anatomiques sont peu apparentes. Il faut remarquer pourtant que la rétinite n'est pas rare chez ces malades et que l'artérite généralisée, qui leur appartient en propre, doit s'étendre aux vaisseaux cérébraux (Brasch, Atelchoff, etc.). Il y a donc toujours une hyperémie du cerveau et de ses membranes. En Angleterre, Cadell, Mickle, Browne, Hutchinson et Clouston ont rapporté des exemples probants de manie compliquant la syphilis au début.

Une seconde catégorie de troubles vésaniques comprend ceux qui dépendent de la syphilis avancée ou tertiaire. L'auteur les sépare en plusieurs groupes, suivant qu'ils sont liés à une syphilis de la base et des vaisseaux ou que l'infection a son siège dans la convexité des hémisphères. Dans un grand nombre de ces cas, sinon dans tous, l'épilepsie vient compliquer la scène et alors la folie paraît devoir être considérée comme une simple folie épileptique. Elle ne résulte qu'indirectement de la syphilis. Quoi qu'il en soit, les désordres de la deuxième catégorie ont un aspect polymorphe qui empêche de les classer méthodiquement, tant au point de vue mental que sous le rapport physique. La lésion caractéristique de la syphilis tertiaire est la gomme. Le néoplasme envahit les os, la dure-mère, la pie-arachnoïde, parfois la totalité des méninges. Il atteint, en un mot, tout le tissu connectif, tantôt à la convexité, tantôt à la base, limitant parfois ses ravages aux vaisseaux seuls. Il va sans dire que c'est la lésion de la convexité qui donne lieu surtout au désordre mental. La gomme se montre sous la forme de nodules discrets, ou d'une masse étendue. Son siège de prédilection est la région fronto-pariétale, où elle est susceptible

de produire, soit la simple compression des éléments nerveux, soit un processus inflammatoire avec ses conséquences dégénératives. Un syphilome de petit volume peut produire simultanément des convulsions généralisées et de l'excitation maniaque. L'épilepsie paraît être alors la cause de la folie, quelle que soit l'origine première des manifestations morbides. De tels cas offrent souvent le cachet de la chronicité. Ils ont l'aspect de la démence avec morosité, irritabilité et bouffées d'agitation. Les hallucinations et les conceptions de grandeur les compliquent parfois et l'on peut les confondre avec la paralysie générale.

Quand la maladie se localise à la base, c'est la pie-arachnoïde qui est envahie. La faiblesse mentale, l'amnésie, l'hébétude, un état somnolent, des accès d'agitation violente avec ou sans hallucinations, tel est le syndrome particulier à cette forme, où le désordre maniaque semble se substituer aux convulsions de la convexité. Il y a quelquefois des intervalles lucides. Les vaisseaux peuvent simplement être comprimés par le processus syphilomateux ou altérés dans leur tissu. La périartérite, l'endartérite, la dégénérescence hyaline, l'inflammation oblitérante sont alors les lésions immédiates. La sclérose, le ramollissement nécrosique de la région sont les conséquences éloignées. Lorsque la maladie vasculaire est très étendue, la nutrition est compromise et l'anémie qui en résulte détermine la paresse mentale, l'indécision, l'irritabilité et une excitation passagère. L'oblitération d'un grand nombre de vaisseaux donne lieu à des convulsions et certains syndromes se rapprochent de la paralysie générale. La terminaison est toujours la démence.

Existe-t-il une méningite tertiaire simple? Elle a été admise par Oppenheim, qui décrit, après Gilbert et Lion, une méningomyélite embryonnaire diffuse. Chez quelques sujets on a constaté une pachyméningite hémorragique. Les signes cliniques de cette affection consisteraient en un désordre sensoriel profond, la fièvre, les évacuations alvines involontaires. La marche de la maladie serait fatale.

M. Dawson étudie ensuite, sous le nom de folie paralytique, les troubles mentaux liés au tabes et à la paralysie générale.

La nature syphilitique de ces deux affections, bien qu'elles soient réfractaires l'une et l'autre au traitement spécifique, est démontrée par la précédençe des manifestations syphilitiques et par la forme et la distribution des lésions qui les caractérisent.

Pour le tabes, la proportion des cas où la maladie véné-

rienne a préexisté est importante, 70 à 80 p. 100 d'après Gowers. Erb donne 89,2 à 92,5. La nature parenchymateuse des lésions paraît devoir être admise. L'auteur mentionne l'opinion d'Obersteiner et Redlich, qui localise le tabes au point d'émergence des racines postérieures. Il y aurait là un processus phlegmasique qui déterminerait la compression des racines. Ce fait pathologique rapproche le tabes de la névrite syphilitique de Kahler et renforce l'hypothèse de l'analogie des deux affections. Le trouble mental du tabes dérive de son mécanisme et des souffrances qu'il engendre.

Mais le côté important de l'histoire du tabes est pour le psychologue son association avec la paralysie générale. N'a-t-on pas affirmé que la paralysie générale est un tabes du cerveau? Du côté clinique, la parenté des deux espèces morbides se reconnaît à un léger optimisme, à la faiblesse mentale ou à un état voisin de la démence paralytique, aux lésions anatomiques qui peuvent être identiques. Cette parenté augmente la présomption en faveur de leur même nature syphilitique. La rareté de la paralysie générale dans les pays où la syphilis est rare est un argument important en faveur de la théorie. Fournier affirme qu'un nombre relativement élevé de syphilitiques gravitent autour de la paralysie générale. Malgré ces arguments, favorables à l'hypothèse de la spécificité de la paralysie générale, les statistiques ne donnent pas à cet égard de résultat absolument décisif, le nombre des cas où la syphilis a été bien établie variant, chez les auteurs, entre 11 et 90 p. 100. La plupart, à la vérité, surtout en Angleterre, donnent des chiffres imposants : Mac Dowald, 80 ; Savages, 70 p. 100 ; Hystop, la moitié des cas. Sur le continent, les nombres fournis ne sont pas moins forts : Mendel, 76 ; Hongberg, 86,90 ; Binswanger, 50 ; Rieger trouve, sur 1.010 paralyisés généraux, 364 à 436 syphilitiques, tandis qu'il ne relève que 33 à 45 syphilitiques sur 1.010 aliénés ordinaires. D'après une compilation de Hirschl, les chiffres donnés par 55 enquêteurs varient de 11 à 94 p. 100 ; mais 37 d'entre eux avaient indiqué un pourcentage qui dépassait 50 et la moyenne de tous était de 56,89 à 60,67. Hirschl a étudié dans la clinique de Krafft-Ebing 200 paralyisés généraux. L'histoire de 175 d'entre eux a pu être connue, et ils ont fourni une proportion de 80 p. 100 de syphilitiques. Aussi la conviction paraît devoir s'imposer que la syphilis est sinon le seul, au moins le plus important facteur de la paralysie générale. Cette hypothèse est

corroborée par la pathologie. En effet, les deux affections ont un développement parallèle, au point de vue de la lésion anatomique; la paralysie générale accompagne souvent la syphilis. Cette dernière apparaît avant la paralysie générale bien plus fréquemment que les autres éléments étiologiques. Il y a enfin entre les deux maladies, sous le rapport clinique, de nombreux points de similitude.

VIII. — *Note sur la valeur intellectuelle comparative des lobes cérébraux antérieurs et postérieurs*; par le D<sup>r</sup> Crochley Clapham (numéro d'avril). — La doctrine moderne des localisations attribue les fonctions motrices aux lobes pariétaux, les fonctions de sensibilité aux lobes temporo-sphénoïdaux et réserve encore le rôle assigné à tout le reste de la surface cérébrale, c'est-à-dire la plus grande partie des lobes frontaux et les lobes occipitaux. La croyance généralement acceptée place dans les premiers le siège de l'intelligence. L'auteur combat cette opinion et réclame en faveur des lobes occipitaux, méconnus jusqu'ici, le noble attribut de la pensée. Les raisons qu'il invoque à l'appui de sa thèse sont puisées à plusieurs sources :

1° La biologie. L'apparition des lobes occipitaux est tardive dans la série des vertébrés; il n'existent même pas chez les mammifères inférieurs. Leur importance augmente à mesure qu'on s'élève dans l'échelle zoologique. Ils sont plus petits chez l'homme que chez le singe, cela est vrai; mais l'étendue et le nombre des circonvolutions compensent la différence. D'après Carpenter, la partie postérieure du cerveau est celle qui est la plus développée chez l'homme comparé aux autres animaux. Le rudiment de l'organe des poissons y représente le lobe antérieur. Il faut arriver aux mammifères pour trouver le lobe moyen, de la partie postérieure duquel doit naître le lobe postérieur, chez les carnivores, par les progrès de l'évolution;

2° L'ethnologie. Chez les races humaines inférieures (Boschimans), les lobes occipitaux sont petits et ne recouvrent pas le cervelet. Cette disposition est bien décrite par le professeur Marshall.

3° Le développement. L'embryologie nous apprend que le rudiment du cerveau qui apparaît le premier à l'époque où la chaîne ganglionnaire est parvenue à un développement avancé représente le lobe antérieur. Il se montre bien avant le lobe moyen; le lobe postérieur est le dernier de l'évolution (Retzius).

4° La clinique. Chez les déshérités, la région la moins développée est justement la région occipitale. Le D<sup>r</sup> Shuttleworth affirme qu'un tel vice de conformation offert par les idiots résulte d'un arrêt de développement qui a frappé les hémisphères en bas et en arrière dans le sixième mois de la grossesse. M. Clapham a mesuré 4.000 têtes. Sur ce nombre il a noté le rapport des segments antérieur et postérieur à la circonférence chez 1.944 aliénés et 183 sains d'esprit du sexe masculin. Or, le pourcentage moyen de ce rapport, pour le segment antérieur, a été :

Sains d'esprit, 52,15 ; aliénés, 52,27 ; idiots, 52,30.

Ces chiffres semblent démontrer que le développement intellectuel est en raison inverse de celui du lobe antérieur.

5° La pathologie. Les nécropsies mettent en évidence la petitesse relative des lobes occipitaux et la grosseur relative des lobes frontaux chez les dégénérés.

L'auteur a cherché le poids relatif de ces derniers comparé au cerveau total, et il a trouvé les chiffres suivants : idiots, 37,16 ; imbéciles, 37,11 ; aliénés, 35,99.

Donc, à mesure que l'intelligence diminue, les lobes frontaux sont plus lourds.

Enfin, chez les aphasiques, le degré de la déchéance mentale correspond à l'importance de la lésion des lobes occipitaux, et l'on peut constater chez les aliénés chroniques une destruction avancée de cette partie de l'encéphale.

IX. — *Un cas d'hématoporphyrinurie* ; par le D<sup>r</sup> Keith Campbell (notes et cas cliniques d'avril). — Malgré l'intention de l'auteur, on peut mettre en doute chez la malade, une jeune maniaque de vingt-deux ans, l'action toxique du sulfonal. Elle n'en avait pris, en effet, que trente grains, en deux fois, quatre jours avant son entrée. Aussi M. K. Campbell n'hésite pas à faire dépendre en outre les accidents graves qu'elle a présentés d'une véritable idiosyncrasie. Cette observation, très longue et très détaillée, est fort bien commentée à la fin du chapitre d'où nous essaierons de tirer un enseignement sans entrer dans les détails.

Le drame pathologique se divise en trois actes. Le premier est rempli par des phénomènes gastro-intestinaux. Chez la malade, il a duré neuf jours. Puis apparaît une paralysie toxique à marche progressive. Les membres inférieurs sont d'abord pris, puis les membres supérieurs. La sensibilité devient obtuse. Les réflexes rotuliens et cutanés s'affaiblissent ; les

sphincters sont paralysés de bonne heure. La respiration, la déglutition sont impliquées et le hoquet est un symptôme persistant du début. Il faut ajouter à ces signes l'affaiblissement du diaphragme et des autres muscles de l'économie. La compromission du mécanisme respiratoire marque le début de la troisième période; elle prépare une terminaison fâcheuse. La dilatation pupillaire est constante, excepté pendant les convulsions. Elles donnent sa physionomie au troisième acte du drame.

On les a notés au bras et à la face (D<sup>r</sup> Hotchkiss). Dans le cas actuel, elles avaient le type épileptiforme et se sont manifestées d'abord par du strabisme; puis on a noté des mouvements du cou, de la face et un double strabisme interne. Elles ont augmenté d'intensité jusqu'à la mort, qui a été déterminée par l'asphyxie, comme l'a prouvé l'examen nécropsique.

L'altération du sang est moins marquée dans l'observation présente que dans d'autres cas antérieurement connus. Le nombre des globules est de 7 millions par millimètre cube. Quelques-uns sont déformés et l'on en compte beaucoup d'un petit diamètre. Il n'y a ni granulations ni noyaux isolés. Le pourcentage de l'hémoglobine est 49. Mais il faut remarquer que l'examen du sang a été fait le dixième jour, c'est-à-dire de très bonne heure. Or, les globules se reproduisent quelques jours avant la mort.

L'urine est rare; son poids spécifique n'a jamais dépassé 1020. Elle ne contient pas de sang, mais des traces d'albumine, dont la quantité s'est accrue vers la fin.

A l'autopsie, les reins sont congestionnés, les capsules surrénales offrent une dégénérescence par places de leurs cellules épithéliales, dont le protoplasme est remplacé par des globules clairs, graisseux. On constate encore un épanchement dans la plèvre gauche, des tubercules au sommet droit et une congestion intense des méninges.

L'auteur de cet intéressant mémoire conclut à la gravité de l'hématoporphyrinurie, d'autant plus grande que les signes cliniques sont plus avancés.

Dans les premiers jours, à la période gastro-intestinale, le pronostic n'est pas absolument fatal, même quand il y a prostration et faiblesse extrême. Mais les phénomènes de paralysie et surtout de paralysie diaphragmatique, l'élévation graduelle de la température ont une signification fâcheuse et font prévoir une terminaison prochaine.

X. — *La folie chez les enfants*; par le D<sup>r</sup> Fletcher Beach



(numéro de juillet). — Dans cette monographie très complète, l'auteur établit que la cause principale et prépondérante de la folie chez l'enfant est l'hérédité, en y joignant, bien entendu, les transformations du vice héréditaire..

L'imitation joue aussi un rôle important, surtout lorsque l'imitateur est d'un tempérament nerveux, et qu'il offre un terrain favorable pour recevoir l'impression nocive.

Un jour de première communion publique, un enfant est atteint de convulsions, et aussitôt presque tous ses jeunes compagnons sont pris d'accidents semblables. Chez certains individus, le besoin d'imiter s'impose despotiquement. Les plus terribles imitations sont celles de l'homicide et du suicide. On sait que la publicité donnée aux meurtres est la source de nombreux actes criminels. Une émotion vive, une frayeur peuvent donner lieu à des convulsions, à la chorée et à l'éclosion d'une affection mentale.

L'excès d'études est encore un élément causal très important. Le regretté Hack Tuke a démontré son action funeste. Il produit l'excitation mentale, la dépression avec tendance au suicide, l'épilepsie et la chorée. On surmène l'écolier en lui faisant embrasser trop de matières en un temps trop court. Ces cas mentaux, trop nombreux, ne paraissent pas dans les statistiques.

Esquirol a insisté sur les dangers créés par la puberté et le début de la menstruation. Hippocrate et Rousseau, à une époque moins ancienne, ont mis en valeur la même étiologie. Selon le dernier, la manie serait plus fréquente chez les pubères que la mélancolie.

La masturbation, qui est trop souvent imputable à la dépravation des nourrices, est un agent des plus funestes. Cette habitude peut naître aussi de fréquentations vicieuses chez les enfants plus âgés. Elle provoque l'invasion de maladies nerveuses, comme l'épilepsie, et finalement conduit à la folie. Nombre de jeunes enfants de l'hôpital de West End sont sous le coup d'une prostration, d'une faiblesse nerveuse avec idées de suicide. Ils offrent, à l'observation, un changement du caractère, une mélancolie sombre, une aberration des sentiments affectifs. La sensibilité est profondément altérée et cette lésion est la source de la dépression mentale.

L'alcoolisme a été signalé par Magnan comme cause de folie chez les enfants d'alcooliques. Ces enfants sont sujets à l'épilepsie et au *délirium tremens* (Gemme). L'auteur mentionne

pour mémoire l'intoxication accidentelle par la belladone et le datura.

Les affections aiguës sont fréquemment compliquées de troubles mentaux. Dans la méningite, la gravité du délire est en rapport avec l'intensité de la phlegmasie. Il peut offrir tous les aspects, depuis l'agitation bruyante jusqu'à la stupeur et au coma. Le délire de la scarlatine est marqué par des hallucinations et un état anxieux. La fièvre typhoïde produit une faiblesse mentale qui peut aller jusqu'à la démence. Mais cette forme est parfois remplacée, chez le convalescent, par un désordre maniaque avec ou sans hallucinations ou même par un délire partiel avec idées de grandeur. On peut aussi observer des hallucinations et des attaques d'épilepsie.

L'influence de l'âge et du sexe est ensuite étudiée; la statistique suivante du D<sup>r</sup> Berkham, relative à l'âge, est assez curieuse pour qu'on la reproduise. Ce médecin a constaté la folie chez :

1 enfant à 9 mois; 1 enfant à 2 ans 1/2; 2 enfants à 3 ans 1/2; 3 enfants à 5 ans; 3 enfants à 6 ans; 5 enfants de 7 à 7 ans 1/2; 4 enfants à 8 ans; 4 enfants à 9 ans; 10 enfants de 10 à 10 ans 1/2; 10 enfants à 11 ans; 4 enfants à 12 ans.

Sur ces 47 enfants, il y avait 20 garçons et 13 filles; le sexe des autres n'est pas indiqué. M. Beach a vu 13 enfants aliénés, dont 8 garçons et 5 filles. La folie paraît donc plus fréquente chez les garçons et elle se produit davantage à mesure que l'âge s'avance.

Les formes mentales sont ensuite passées en revue dans ce travail. C'est la démence aiguë qui occupe le premier rang. Elle apparaît entre dix et seize ans, fruit d'une nutrition imparfaite, et peut guérir par le traitement diététique. L'enfant, intelligent jusque-là, devient négligent, irascible, se livre à des actes niais, à des jeux au-dessous de son âge. Il a des fantaisies absurdes dont il cherche violemment la satisfaction. Bref, il perd graduellement son activité mentale. La démence juvénile résulte parfois de la syphilis héréditaire. La deuxième dentition marque souvent le début de cette déchéance mentale, qui peut se compliquer d'épilepsie et de paralysie et se termine par la mort en trois ou quatre ans.

La monomanie, ou folie délusionnelle, est commune. Une jeune fille de douze ans, à Darenth, accuse des conceptions de nature mystique. Moreau affirme que les hallucinations des

enfants sont 99 fois sur 100 de nature triste ou terrifiante, impliquant à la fois la vue et l'ouïe.

La théomanie, la démonomanie, la kleptomanie, la pyromanie et la dipsomanie doivent être notées comme possibles.

L'érotomanie s'observe dès les premières années. Esquirol a esquissé très heureusement la physionomie des jeunes érotomanes. Ces malades sont généralement chastes. La nymphomanie et le satyriasis naissent sous la double influence de l'hérédité et de l'excitation de la sensibilité générale. Ces affections se montrent de bonne heure. On a vu des cas de satyriasis chez des garçons de trois ans et de grossesse chez des petites filles de neuf ans. Buchan a vu une jeune enfant âgée de trois ans atteinte de nymphomanie.

L'hérédité, les tendances impulsives sont les facteurs de la manie homicide. Cette vésanie est précoce; Esquirol l'a notée chez un enfant de quatre ans. Les journaux ont parlé d'un meurtrier de sept ans traduit devant les assises pour avoir tué son frère âgé de six mois.

Bien que la mélancolie soit peu fréquente au début de la vie, on peut voir chez certains enfants l'enjouement et la gaieté remplacés par la tristesse et une véritable dépression mentale. Ce changement peut être soudain ou insidieux. Il offre deux aspects différents, un état dépressif vague et indéfini ou un délire mélancolique lié à la religion ou à des idées de damnation.

Le suicide n'est pas rare; l'hérédité favorise cette impulsion, qui peut naître aussi d'hallucinations pénibles. La crainte d'une réprimande, d'une punition, un froissement d'amour-propre peuvent le provoquer. Le suicide paraît augmenter de fréquence chez les enfants (182 en seize ans en France, 57 en dix ans en Russie).

La manie des enfants a ses caractères propres. C'est un délire général marqué par une loquacité incohérente, une excitation intellectuelle avec conceptions délirantes et des mouvements violents. L'enfant crie, chante, court, détruit; sa force musculaire paraît accrue. Sur 13 malades de l'auteur, 9 étaient maniaques, sur lesquels 5 avaient eu des attaques d'épilepsie avant l'accès.

Kelp a observé un cas de folie circulaire chez un enfant de treize ans. Après avoir été réprimandé, ce jeune malade fut d'abord mélancolique, puis agité. Il eut ensuite des crises alternatives de mélancolie et de désordre maniaque. Cette forme est rare.

La choréomanie est caractérisée par le caprice, l'irritabilité et les tendances émotives. Elle offre encore des hallucinations, des illusions et de l'agitation maniaque. Heidesdorf rapproche cette espèce mentale des folies toxiques. Elle est causée sans doute par un état du sang. Le *Psychological Journal* rapporte l'histoire d'un enfant de dix ans chez lequel se produisit un accès de manie choréique à la suite de la frayeur causée par le contact d'un serpent.

La folie morale est commune. L'intégrité des facultés intellectuelles coïncide avec la perversion morale, telle est la formule clinique. L'enfant est menteur, voleur, cruel, féroce, égoïste, porté au mal. Il se complait dans ses méfaits et résiste à toutes les tentatives pour s'amender.

L'hystérie est d'une observation fréquente. Elle n'apparaît guère avant la septième année et se présente sous les deux formes, convulsive et non convulsive. Le plus souvent, le début est marqué par des désordres mentaux avec troubles sensoriels et moteurs, sans attaques. Les jeunes malades, à l'esprit vif et intelligent, cherchent à appeler l'attention en exagérant leurs souffrances. Ils sont impressionnables, portés à rire et à crier facilement. Leur volonté est affaiblie. La névrose atteint surtout les jeunes filles. Les garçons frappés d'hystérie deviennent timides, prompts à rougir; ils recherchent la société et les jeux des enfants de l'autre sexe.

Notre confrère mentionne les cas connus de paralysie générale, tels que les a décrits Wigglesworth.

Le diagnostic différentiel des vésanies infantiles est intéressant à établir, avec les troubles délirants qui compliquent les maladies aiguës. Dans la méningite, la plénitude du pouls, l'hyperthermie, la céphalée, les vomissements, les convulsions, le myosis, le strabisme forment un syndrome difficile à méconnaître. Le délire de la pneumonie asthénique et de la fièvre typhoïde est précédé d'une phase fébrile, tandis que, dans la manie, la fièvre s'allume au moment où le délire est le plus intense.

Le pronostic de la folie chez l'enfant est influencé par l'hérédité. Lorsqu'elle n'existe pas et si l'enfant n'est pas adonné à l'onanisme, le pronostic est favorable. Il est toujours mauvais, d'autre part, dans la démence juvénile, la folie morale, la paralysie générale, la nymphomanie et le satyriasis.

M. Beach donne quelques conseils pour le traitement. On cherchera à obtenir le calme par les bains, le froid sur la tête,

le drap mouillé. Le bromure de sodium est un bon sédatif, surtout chez les épileptiques. Le trional procure le sommeil très utilement. L'emploi des toniques, de l'huile de foie de morue, de l'extrait de malt, la gymnastique, une hygiène morale et physique complètent les moyens dont peut user le médecin. Le Dr Jules Morel a demandé la création d'établissements pour les fous moraux. Ces malheureux, privés dans leur enfance du contrôle de leurs actes et livrés à eux-mêmes, deviennent fatalement des criminels d'habitude. La prophylaxie peut être enfin tentée heureusement par la vie et le travail au grand air, les récréations de toutes sortes, la suppression de la fatigue cérébrale, des émotions chez tous les individus prédisposés à l'aliénation mentale. Le corps doit être fortifié avant l'esprit, c'est la base de l'éducation.

XI. — *Points de ressemblance entre les folies épileptique et alcoolique*; par le Dr R. H. Noott (numéro de juillet). — Si l'on compare un certain nombre d'actes violents liés à l'épilepsie, à d'autres actes commis sous l'influence de l'alcool, on leur trouve un air de famille. C'est ce qu'établit le Dr Noott, qui apporte à l'appui de son dire la relation sommaire de dix cas cliniques, dont cinq se rapportent à l'alcoolisme, cinq au mal caduc. Les deux espèces morbides donnent lieu, l'une et l'autre, à cet automatisme mental, à la faveur duquel, malgré la perte de conscience, les actes les plus complexes et les plus intentionnels sont accomplis, laissant après eux une amnésie complète. Elles déterminent également des actes violents non calculés, non motivés et irrésistibles. Dans toutes les observations contenues dans ce travail, l'amnésie n'est pas simulée, mais bien réelle.

Ces états maniaques semblent procéder du même trouble fonctionnel et résulter de deux conditions coexistantes : l'instabilité des tractus nerveux inférieurs; l'isolement de ces tractus nerveux, sur lesquels les centres nobles, frappés de paralysie, ont cessé d'exercer leur contrôle (Hughlings Jackson).

Le poison alcoolique à dose élevée exerce son action sur les centres nerveux supérieurs et provoque un accès de manie transitoire semblable à une manifestation de l'épilepsie. C'est une décharge d'énergie qui commence dans les zones supérieures, peut s'y dépenser totalement ou se répandre dans les zones sous-jacentes, où elle donnera lieu à des mouvements automatiques.

Le degré de conscience qui se révèle dans ces actes délirants est variable. La perte du sentiment peut être complète; dans

d'autres cas, le souvenir peut être conservé comme après un rêve. L'auteur admet, sur le rôle de la conscience, les idées de H. Jackson. Dans les centres nerveux, l'état de conscience est distinct de l'état nerveux. A chaque état nerveux des centres correspond un état de conscience parallèle, simultanée. Mais ces deux conditions sont indépendantes.

Les symptômes nerveux qu'on observe dans l'épilepsie et l'alcoolisme ont de nombreux points de ressemblance. Il faut noter dans ces deux ordres de faits des degrés dans l'intensité des phénomènes, correspondant à une lésion dissolvante plus ou moins profonde. La décharge initiale s'épuise sur place, donnant lieu à un état comateux passager, à une démence temporaire complète, ou bien elle se propage inférieurement. Les convulsions générales se produisent dans l'alcoolisme aigu, quoique moins souvent que dans l'épilepsie. Il peut arriver que les centres d'un niveau moyen et les tractus inférieurs des centres élevés soient coupés dans leurs communications et que les premiers cessent d'être contrôlés. Le résultat de cet accident est l'instabilité nerveuse et l'accomplissement d'actes automatiques et impulsifs. Ailleurs, on voit dans l'état inconscient une conduite coordonnée, motivée, intentionnelle, paraissant dénoter une intervention des centres élevés sensitivo-moteurs.

Tantôt la conscience est entièrement abolie, tantôt elle ne l'est que partiellement, bien que le malade ne dispose pas d'un jugement suffisant pour le protéger contre ses activités anormales. H. Jackson explique, ainsi qu'il suit, la production d'actes coordonnés dans l'état inconscient. Dans la dissolution, dit-il, les activités des centres inférieurs correspondent à des états de conscience qui n'existent pas dans la vie ordinaire; ou la faible conscience dont ces centres sont doués devient plus vive. La conscience partielle est désignée parfois sous le nom de double conscience.

Les manies épileptique et alcoolique offrent encore ce rapprochement d'avoir des rémissions soudaines dans le délire; elles sont causées par une détente dans la poussée nerveuse, suivie du retour à la stabilité normale. Enfin, dernière remarque, l'épilepsie peut être la conséquence d'une blessure à la tête, de l'insolation. Les mêmes causes aggravent la condition des alcooliques et les prédisposent aux complications délirantes.

XII. — *Analyse des causes de la folie chez un millier de malades*, par Dr J. V. Blackford (numéro de Juillet). — C'est exactement sur 1.014 aliénés, 507 de chaque sexe, que porte

cette statistique. M. Blackford a mis à part 203 épileptiques, paralysés généraux, imbéciles, puerpérales, et il limite son étude à 784 individus, 376 hommes et 408 femmes.

Pour plus de clarté, il donne seulement dans son travail les pourcentages des chiffres qu'il a recueillis. Nous reproduisons les plus importants.

L'élément étiologique prépondérant est l'hérédité vésanique et névrosique; elle se chiffre par une proportion de 34,6 p. 100, sans compter les formes récurrentes qui indiquent une prédisposition évidente, quoique non établie.

Si la folie est plus précoce chez les descendants que chez les parents, on doit en inférer que la différence numérique entre les héréditaires et les autres aliénés doit être plus forte à une époque avancée de la vie et que cette différence diminue dans la jeunesse. En effet, chez les aliénés des deux sexes âgés de plus de 60 ans, atteints d'une première attaque, la prédisposition héréditaire a été notée dans une proportion de 7,2 p. 100; tandis que chez 18,8 p. 100 cette tendance n'existait pas. Entre 56 et 60, 4, 5 p. 100 avaient de l'hérédité, 9,5 p. 100 en étaient indemnes. Au-dessous de 55 ans, la différence est insignifiante. Mais cette égalité même fait supposer l'existence de l'hérédité dans des cas où elle n'apparaît pas; car la puberté, l'adolescence, qui sont des agents perturbateurs de la santé mentale, doivent à l'hérédité leur influence intensive. A la fin de la vie, la dégénérescence sénile est nécessaire, chez les individus dont l'instabilité mentale est peu marquée, pour déterminer la perte de l'équilibre mental, qui n'a pu être détruit jusque-là.

Dans les deux sexes, qu'il y ait ou non hérédité, la période la plus ordinaire de l'apparition de la folie est entre 25 et 30 ans; après, la plus grande fréquence est entre 20 et 25, puis entre 30 et 35, la moyenne des cas se produisant entre 20 et 35.

En résumé :

L'hérédité, les périodes évolutionnelle et décadente sont, par ordre, les facteurs les plus importants de la folie. Celle-ci se montre de préférence entre 20 et 35 ans; mais la ménopause chez les femmes est encore la source, entre 40 et 50, d'une production plus abondante.

L'influence du sexe sur la transmission des névroses est étudiée sur un groupe de 131 femmes et 102 hommes. Lorsqu'elle est directe, l'action du sexe paraît égale chez le père et la mère. Pour l'influence collatérale, observée chez 35 individus, il semble établi qu'elle s'exerce principalement sur les individus

descendants de même sexe que les parents transmetteurs.

L'alcoolisme simple, indépendant de l'hérédité, a produit l'aliénation mentale chez 64 hommes et 12 femmes. La manie aiguë, la mélancolie, les formes amnésiques et démentes sont les aspects mentaux qu'il affecte. Ces cas cliniques sont dans une proportion de 8,4 p. 100 dans la statistique générale.

La folie compliquée d'hémiplégie, d'ataxie, de paralysie bulbaire, etc., forme les 18 p. 100 du total des cas. La folie chronique héréditaire n'est pas comprise dans ce groupe. Le traumatisme est un facteur étiologique peu important.

L'épilepsie figure pour un pourcentage de 7,7. 21 p. 100 de ces malades sont héréditaires. Dans une faible proportion, le traumatisme et l'alcool sont notés comme causes de la maladie. Cela se conçoit : l'épilepsie commence au début de la vie, à un âge où ces causes agissent exceptionnellement.

Neuf pour 100 des aliénés sont atteints de paralysie générale et la prédisposition héréditaire est signalée chez 23 p. 100 de ces malades.

La paralysie générale serait, d'après le Dr Mott, une dégénérescence primitive ; les causes étrangères font l'office d'excitants (surmenage, alcool, abus de la viande). La syphilis agit directement et indirectement (tabes). Au nombre de ces éléments provocateurs, l'alcool est représenté par un pourcentage de 12 à 12 parmi 21 cas non héréditaires. Le traumatisme est rarement une cause de paralysie générale. L'auteur a noté un seul cas exclusivement imputable à la dégénérescence qui a évolué entre vingt et vingt-cinq ans. La paralysie générale se montre généralement entre vingt-cinq et soixante ans ; elle est plus précoce chez les femmes.

Dans le comté de Durham, pays minier, il y a 1 paralysie générale sur 6 admissions. A l'asile d'Edimbourg, on reçoit 1 paralysé général sur 17 aliénés ; à Bristol, cette proportion est de 1 sur 11.

Ces différences s'expliquent par le caractère et le genre de vie des populations.

Les puerpérales ont fourni les chiffres suivants : leur nombre total est de 42 (8,2 p. 100). Parmi ces malades, on compte 14 héréditaires, 3 entachées de nervosisme ; 40 étaient mariées, 2 seulement ne l'étaient pas, mais avaient une hérédité très chargée. La souffrance morale causée par la grossesse paraît sans grande influence sur les filles-mères, à moins qu'elles ne soient prédisposées.



La dernière classe portée sur cette statistique est celle des imbéciles non épileptiques (8 hommes et 5 femmes). L'hérédité est représentée chez eux par un pourcentage de 44,4.

La conclusion générale donnée par l'auteur est que toutes les formes de folie sont fortement héréditaires. Le pourcentage de l'hérédité est de 32,8 ; savoir 28,7 d'aliénés, 4,1 de malades atteints de nervosisme originel.

Au premier rang figurent les congénitaux (44,4 p. 100) ; après viennent les folies puerpérales (33,3 p. 100 d'héréditaires, 7 p. 100 de nervosiques) ; à la suite se classent les folies ordinaires (29 p. 100 d'héréditaires, 4,9 p. 100 de nervosiques), les paralysés généraux (23 p. 100) et les épileptiques (21,5 p. 100).

M. Blackford indique sur des graphiques, à la fin de son travail, les âges d'invasion de la manie et de la mélancolie. Pour les hommes, on voit la courbe de la manie monter soudain entre vingt et trente-cinq ans, puis descendre entre trente-cinq et quarante-cinq ; après quoi elle offre des oscillations irrégulières jusqu'à soixante ans. La courbe de la mélancolie est plus uniforme, elle atteint son sommet entre cinquante-cinq et soixante ans et fléchit tout à coup après la soixante-cinquième année.

Chez les femmes, la différence est moins marquée entre les deux formes. Le sommet se dessine entre trente et trente-cinq ans. Après s'observent des oscillations irrégulières en faveur de la manie.

XIII. — *L'hérédité dans ses rapports avec la maladie mentale* ; par le D<sup>r</sup> W. F. Farquharson (numéro de juillet). — Ce travail statistique, très documenté, s'étend à 1.200 cas d'hérédité vésanique. L'auteur donne à la fin les conclusions suivantes :

1° Les auteurs varient dans leurs appréciations sur la fréquence de l'hérédité vésanique. A l'asile de Cumberland et Westmoreland, elle est de 31 p. 100 ;

2° Un fait de folie chez les parents, en ligne directe ou collatérale, est une preuve suffisante de prédisposition. Ce n'est pas la folie qui est transmise, mais un vice héréditaire de l'organisation nerveuse, qui peut rester plus ou moins latent à travers les générations ;

3° La prédisposition a plus de force quand elle est transmise par le père et la mère ;

4° L'influence de la mère est un peu plus puissante que celle du père ;

5° La folie transmise par le père est plus dangereuse pour les garçons ; la folie transmise par la mère menace davantage les filles ;

6° Le sexe féminin est le plus exposé à l'hérédité ;

7° A l'asile de Garlands, la fréquence de la prédisposition pour les diverses formes mentales s'est montrée dans l'ordre suivant : imbécillité, mélancolie, manie, folie épileptique, démence, paralysie générale ;

8° L'impulsion au suicide est très fréquente chez les héréditaires ;

9° Le suicide et la dipsomanie ont une tendance à se transmettre d'une génération à la suivante ;

10° Cependant, le plus souvent, la forme mentale des descendants diffère de celle des ancêtres, et plusieurs membres d'une famille offrent des formes mentales différentes. La folie peut encore être précédée dans la famille par d'autres maladies nerveuses ;

11° Dans les générations successives, la propension héréditaire peut s'intensifier graduellement ; enfin, un état de démence se produit tendant à l'extinction de la famille. D'autre part, le vice vésanique peut s'éliminer graduellement ;

12° L'origine des névroses d'une famille peut être cherchée dans l'alcoolisme des ancêtres ;

13° La prédisposition héréditaire est souvent associée à la diathèse tuberculeuse ;

14° Les causes déterminantes des accès de folie semblent être les mêmes chez les héréditaires que chez les individus indemnes d'hérédité ;

15° La folie héréditaire se montre de préférence aux époques critiques de la vie. Ainsi la folie puerpérale est plus fréquente chez les femmes héréditairement prédisposées ;

16° Les rechutes sont plus fréquentes chez les héréditaires ;

17° Les aliénés héréditaires sont frappés à un âge plus jeune que les autres ;

18° Les attaques de folie héréditaire se montrent à tous les âges. Même chez les séniles, la proportion des cas héréditaires est sensiblement la même qu'aux autres âges de la vie pris ensemble ;

19° Il arrive souvent que la folie héréditaire fait son apparition à la même époque de la vie dans les générations successives. Lorsque la teinte s'accroît, on observe une tendance pour la folie à se produire plus tôt à la génération suivante. Inverse-

ment, lorsque la folie semble s'éliminer, les époques de l'apparition sont retardées chez la descendance ;

20° La proportion des célibataires est beaucoup plus forte chez les aliénés entachés d'hérédité que chez les autres ;

21° La moyenne des guérisons est bien plus élevée chez les héréditaires ;

22° La mortalité moyenne chez ces malades est bien plus faible ;

23° La durée de la vie paraît plus courte chez les mêmes individus ;

24° Ils succombent à la phtisie dans une grande proportion ;

25° Pour la durée des accès, les héréditaires ne semblent pas différer beaucoup des autres aliénés.

XIV. — *Remarques sur les cellules géantes de l'écorce chez les aliénés, examinées à l'état frais. Contribution à la pathologie de la cellule nerveuse*, par le D<sup>r</sup> John Turner (numéro de juillet). — L'auteur de ce mémoire se déclare très satisfait des résultats que lui a donnés une nouvelle méthode technique dans l'étude micrographique des cellules nerveuses. Notons sommairement que son procédé consiste dans l'examen, à l'état frais, du tissu cérébral coloré par le bleu de méthyle. Ses recherches se sont portées surtout sur la cellule dite pyramidale ou motrice. Elles ont fait ressortir, mieux qu'avec toute autre méthode, les détails de l'élément anatomique. Par la réaction colorante, il a pu établir la nature pathologique de certains aspects qu'on mettait avant sur le compte d'altérations artificielles. Les nouvelles découvertes ont trait aux modifications du pigment et de la matière chromatophile.

La pigmentation, qui est l'expression de la suractivité cellulaire, se produit en excès chez tous les aliénés et dans toutes les formes d'aliénation. Elle est faible ou nulle chez les idiots. Elle est très abondante chez les apoplectiques (cellules pyramidales de la partie inférieure de l'écorce). Le pigment se dépose à la base ou contre les parois de la cellule, mais il peut aussi se masser entre le corps et les prolongements qu'il isole complètement. Ces prolongements contiennent alors fréquemment de nombreux filaments chromophiles. Les dépôts pigmentaires peuvent être en nombre variable.

La matière chromatophile se distingue nettement, telle que Nissl l'a décrite (bâtonnets, fuseaux, etc.). Ces éléments figurés sont disposés plus ou moins régulièrement avec leur axe dirigé dans le sens du long axe de la cellule. Cet arrangement est

surtout visible près des parois et dans les prolongements. Le contour de la cellule forme des angles irréguliers avec ces derniers qui partent de tous les points du corps cellulaire et s'en échappent par une expansion en éventail du protoplasme.

La cellule est colorée fortement par la matière chromophile. Le nucléole rond ou ovale, bien dessiné, est situé au centre et entouré d'une zone plus pâle, sans striation et à contours mal délimités (noyau). Vers le sommet, la matière chromophile se présente sous la forme de longs linéaments nettement tracés (10 à 30  $\mu$ ) ou de fuseaux plus courts. Les dendrites sont à peine colorées; mais la matière chromophile s'y distingue encore sous la forme de filaments parallèles. On peut en compter cinq à six dans une dendrite dans le voisinage du corps de la cellule. Celui-ci est élastique, résiste à la pression, reprenant son volume primitif quand il n'est plus comprimé. A la base de la cellule, se voit toujours une certaine quantité de pigment jaune. Son axe, quand il est visible, ne contient pas de filaments chromatiques.

Telle est, à l'état normal, la cellule géante pyramidale. Voici maintenant les altérations pathologiques qu'elle est susceptible d'offrir.

La plus commune est la dégénérescence granuleuse de la matière chromophile. Elle se fragmente de plus en plus et ses débris forment des agrégats granuleux dans le péri-karyon (Forster désigne sous ce nom la zone qui entoure le noyau); puis la cellule devient globuleuse, ses prolongements se brisent et leur nombre diminue. Plus tard, le péri-karyon pâlit et les granulations deviennent plus rares, en même temps que le noyau se fait plus apparent, entouré d'un amas de grains chromophiles. A la fin, on n'a plus qu'un squelette de cellule, avec ou sans noyau, contenant une substance finement granuleuse, sans traces de chromatine.

Une autre lésion consiste dans la diminution ou l'absence de la matière chromophile. Au lieu de s'atténuer en devenant fragiles, les cellules sont petites et dures; la matière chromophile, quand elle existe, ne se fragmente pas, et ses filaments intacts occupent la circonférence. La coloration est faible, inégalement distribuée, le prolongement axile est invisible à une faible distance de la cellule; les dendrites offrent une teinte bleue, uniforme, plus prononcée qu'à l'état normal et n'ont qu'un petit nombre de filaments. Elles ont une tendance à s'enrouler. Le nucléole est porté en haut vers l'axe, ou en bas dans l'éventail

du protoplasme d'où émerge la dendrite. Le noyau est tantôt invisible, tantôt pâle. Il est parfois aussi dense que le nucléole, mais toujours petit. Les cellules sont fortement pigmentées.

Enfin, M. Turner décrit un dernier aspect assez rare. La matière chromophile manque entièrement. La cellule et ses prolongements ont une couleur bleu foncé uniforme. Le nucléole est central et volumineux, entouré d'un noyau pâle à contours vagues. Le pigment est rare. La cellule est grosse, d'une forme normale, mais ses expansions se brisent aisément à une faible distance du corps. Cette dernière lésion serait imputable, d'après l'auteur, à une action toxique.

Après quelques remarques sur le rôle des leucocytes dans la phagocytose cellulaire, il donne son opinion personnelle sur la fonction chromophilique. Il signale un fait intéressant, c'est que, dans les cornes antérieures d'un animal, la matière chromophile est plus riche et plus apparente que dans les cellules de l'écorce de l'homme. De plus, chez l'homme, les cellules géantes ont une matière plus distincte et mieux dessinée que dans les cellules frontales. Nissl voit dans les cellules de la corne antérieure, en raison de leur striation chromophilique plus nette, le type des cellules motrices. Ces aspects divers sont conformes au rôle respectif de ces organes. Les plus richement organisées gouvernent l'activité réflexe, automatique, routinière. Ce sont les cellules des centres inférieurs, qui offrent un arrangement plus parfait de leur chromophile. Au contraire, les cellules où s'élaborent la volonté et les actes intelligents ont une organisation moins avancée, parce que les courants qui les traversent changent à chaque instant et ne produisent pas une action assez durable pour marquer leur empreinte. La matière chromatique n'a pas le temps de s'y former. Elle donnerait donc la mesure de l'activité cellulaire.

D<sup>r</sup> PONS.

(*A suivre.*)

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

*Clinique des maladies du système nerveux* (Hospice de la Salpêtrière), par le professeur Raymond, 4<sup>e</sup> série. Année 1897-1898, 1 vol. in-8°. Paris, O. Doin, 1900.

Le professeur Raymond vient de nous donner la 4<sup>e</sup> série des *Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux*, qu'il a professées à la Salpêtrière pendant l'année 1897-1898. Ce volume est, en tous points, digne de ses aînés, et le succès n'en sera pas moins grand.

Le professeur Raymond a su conserver à ces trente et une leçons écrites, formant un volume de six cents pages, le mouvement et la vie qui distinguent à un si haut degré son enseignement. Des questions de neuropathologie très diverses y sont exposées et discutées, toujours suivant la méthode féconde que les lecteurs des *Annales* connaissent bien, c'est-à-dire dans leurs rapports avec un fait clinique particulier, qui est le centre d'où partent et où se ramènent, comme à leur ferme point d'appui, tous les développements de nature à élargir ou à éclairer le sujet.

La première leçon est consacrée à « deux cas de tumeur de la zone rolandique ». C'est une occasion pour le Maître de revenir sur la question, longuement étudiée dans un des précédents volumes, de l'intervention chirurgicale comme traitement des tumeurs cérébrales. Le diagnostic de *tumeur* est, à lui seul, insuffisant pour déterminer l'intervention. Avant d'en venir là, il est indispensable de reconnaître, de préjuger tout au moins, la *nature* et le *siège* de la lésion, et c'est sur cette double détermination que doit s'exercer toute la sagacité du clinicien. Dans les deux faits rapportés, le diagnostic de localisation a été vérifié par l'ouverture du crâne, et les deux malades ont bénéficié dans une certaine mesure de l'intervention chirurgicale.

La deuxième leçon a pour objet un diagnostic très délicat. L'*hystérie* éliminée, deux hypothèses restent plausibles : *plaque de méningite tuberculeuse* ou *sclérose en plaques anormale*. La discussion de ce cas, extrêmement intéressante, vaut surtout par les détails, et ne peut être utilement résumée.

Nous retrouvons la *sclérose en plaques* dans la troisième leçon. L'observation d'un petit garçon de six ans fournit l'occasion de démontrer que la sclérose en plaques n'est pas une rareté dans le jeune âge. Mais les difficultés habituelles du diagnostic de cette maladie s'augmentent alors de la fréquence, à cet âge, des affections spasmo-paralytiques, lesquelles ont avec la sclérose en plaques bien des traits communs. Quoi qu'en aient dit certains auteurs, la guérison de la sclérose en plaques chez l'enfant demeure très problématique, et le pronostic en est sombre.

Les *paralysies alternes* sont étudiées dans la cinquième leçon. A cette occasion, le professeur Raymond passe en revue l'anatomie topographique de la protubérance, qui, seule, permet de comprendre les différents types de paralysie alterne. Les deux principaux sont le *type Millard-Gubler* (association d'une paralysie de la 7<sup>e</sup> paire d'un côté à une hémiplégie du côté opposé) et le *type Weber* (association d'une hémiplégie d'un côté à la paralysie du moteur oculaire du côté opposé). Mais, de même qu'il y a des paralysies alternes *motrices*, il y a des paralysies alternes *sensitives*. Les unes et les autres peuvent se combiner chez le même malade. Le traitement de ces paralysies offre bien peu de ressources. Sauf le cas de lésions syphilitiques, on n'a jamais que très peu de chose à espérer du traitement médical. Quant au traitement chirurgical, il est rendu impossible par la profondeur du siège de la lésion. Le pronostic est donc toujours grave.

Nous nous bornerons à mentionner, malgré tout l'intérêt qu'elles présentent, deux leçons consacrées à la *polio-encéphalite supérieure* et deux autres qui ont pour objet l'*ophtalmoplégie progressive dans le tabes*, pour nous arrêter plus longuement sur l'étude de « la paralysie bulbaire asthénique » (syndrome d'Erb).

Cette affection, assez peu connue encore, a été isolée d'abord par Erb, en 1879, puis longuement décrite par Goldflam et par Strumpell. Elle constitue « une modalité dynamique des paralysies bulbaires ». Elle a pour symptômes principaux le *ptosis*, la *parésie des masticateurs*, la *parésie des muscles de la nuque et du tronc*, la *parésie des muscles des membres*. Cette parésie musculaire se caractérise à la fois par la faiblesse des mouvements et par l'épuisement rapide des muscles, épuisement que met facilement en lumière l'excitation électrique (*réaction myasthénique* de Jolly).

- Il n'y a pas ou il y a peu de troubles de la sensibilité.
- Pas ou peu d'atrophie.
- Pas ou peu de modifications des réactions électriques.
- La *marche* est rapide, l'affection peut évoluer en quelques semaines ou en quelques mois.

L'*asthénie bulbaire* apparaît d'ordinaire chez des sujets jeunes. Elle offre une assez grande ressemblance avec la *paralysie glosso-labio-laryngée* de Duchenne (de Boulogne); mais elle s'en distingue nettement par un ensemble de symptômes et surtout par son évolution : marche rapide et guérison possible. Le plus souvent, néanmoins, elle se termine par la mort subite ou rapide, dans une crise de suffocation.

L'autopsie n'a pas, jusqu'à présent, révélé de lésions appréciables ; aussi, doit-on considérer l'*asthénie bulbaire* comme une affection fonctionnelle.

Le traitement est nul. La faradisation est formellement contre-indiquée.

Le professeur Raymond fait observer que l'*asthénie bulbaire* a été étendue par Goldflam et Strumpell bien au delà des limites que lui avait assignées Erb ; on a fait entrer dans sa description des symptômes relevant d'un trouble médullaire. Par suite, il propose de la désigner par un terme mieux approprié à l'ensemble des symptômes, celui d'*asthénie motrice bulbo-spinale*.

Trois leçons dans lesquelles sont étudiées l'*atrophie musculaire* en général dans ses rapports avec l'hémiplégie et l'*atrophie musculaire du type Aran-Duchenne* amènent le professeur Raymond à l'exposé d'une de ces questions générales qu'il sait rendre si instructives, à savoir les « Rapports nosologiques des diverses variétés d'atrophie musculaire progressive ». Une première période, dite *période unitaire*, succède à la description classique de Duchenne (de Boulogne) ; tous les cas d'amyotrophie chronique progressive sont rattachés au type créé par Duchenne. Mais, bientôt, on sépare de ce type primitif un certain nombre de formes qui s'en distinguent par le mode de début, par l'ordre de propagation et par la distribution de l'atrophie, par le caractère familial de l'affection, etc. Les principales, parmi ces formes nouvelles, constituent le *type Leyden-Mæbius*, le *type Zimmerlin*, le *type juvénile d'Erb*, le *type Landouzy-Déjerine*. On les décrit d'abord comme autant d'espèces morbides distinctes, pour les réunir ensuite dans une conception d'ensemble ; ces formes d'atrophie ont pour carac-



rière commune une lésion qui atteint primitivement le muscle lui-même; elles constituent, non plus des maladies autonomes, mais de simples modalités de la *myopathie primitive* (Dystrophie familiale d'Erb); tandis que l'atrophie de Duchenne, relevant d'une altération médullaire primitive, constitue le *type myélopathique*. C'est la *période dualiste*.

Cependant, de nouvelles études ne tardent pas à montrer qu'une opposition absolue entre les types *myélopathique* et *myopathique* est artificielle, qu'il existe des cas de transition d'un type à l'autre, des faits dans lesquels se rencontrent, en nombre variable, les traits regardés comme caractéristiques de l'un et de l'autre. Le *type Charcot-Marie* (1886) est un premier exemple de cette combinaison. Mais la plus nette des formes intermédiaires est celle qu'ont décrite Werdnig et Hoffmann (1891-1893): c'est l'*atrophie musculaire progressive myélopathique et familiale* (*myélopathique* comme le type de Duchenne, *familiale* comme la myopathie primitive). Elle débute dans la première enfance, sans convulsions et sans fièvre; elle se propage suivant le mode centrifuge, de la racine des membres vers leur extrémité; elle ne s'accompagne pas ou ne s'accompagne qu'à un faible degré de tremblement fibrillaire et de pseudo-hypertrophie; sa marche est assez rapide, etc.

Par la révélation de ces formes de transition, voilà la *théorie unitaire* reconstituée sur une base nouvelle. « Nous voilà parvenus, dit le professeur Raymond, à la phase contemporaine de l'histoire des atrophies musculaires progressives; nous voilà ramenés, par un long détour, à la doctrine *unitaire*. L'atrophie musculaire progressive nous apparaît maintenant comme une affection primitive et dégénérative du segment inférieur de la voie motrice, représenté par les neurones spino-musculaires qui s'étendent des cellules tropho-motrices des cornes antérieures de la moelle aux muscles du squelette, véritables prolongements des neurones. Tantôt la dégénération débute par les muscles de la périphérie, et elle peut s'y cantonner; tantôt elle débute par les cellules tropho-motrices des cornes antérieures, et alors elle entraînera une dégénération secondaire des racines motrices, des nerfs moteurs et des muscles. »

Nous ne pouvons qu'indiquer les leçons sur les *rapports de l'atrophie musculaire et du tabes*, du *tabes* et de la *syringomyélie*, étudiés chez des sujets qui présentent les symptômes de l'une et de l'autre affection, et dans lesquelles sont discutées des questions de diagnostic qu'une analyse sommaire ne pour-

rait que défigurer ; les leçons sur les *paralysies saturnines*, sur les *affections du cône terminal*, si complètement étudiées dans un des précédents volumes de l'auteur ; sur les *polynévrites* ; sur les *hallucinations du moignon*, si intéressantes par les problèmes de psychologie qu'elles soulèvent ; sur la *myoclonie* ; sur le *myxœdème*, etc.

Mais ici, dans ce recueil spécial, nous devons plus qu'une simple mention aux trois leçons sur un cas de « Paralyse générale juvénile ou syphilis cérébrale ».

La malade, dont l'observation nous est très complètement présentée, jusques et y compris l'autopsie, est une jeune fille de douze ans, qui, par une lente progression, est arrivée à réaliser le tableau clinique de la paralysie générale. D'abord, les *symptômes psychiques* : modifications du caractère, affaiblissement graduel de la mémoire et de l'intelligence ; puis les *signes physiques* : crises épileptiformes, tremblement de la langue, des lèvres et des mains, embarras de la parole, inégalité pupillaire ; enfin, *démence complète*. S'agissait-il, dans l'espèce, d'une *démence primitive aiguë*, d'une *lésion cérébrale circonscrite*, ou d'une *lésion cérébrale diffuse* ? C'est à ce dernier diagnostic que s'arrête le professeur Raymond, et, après avoir éliminé la sclérose en plaques, il admet définitivement l'existence d'une *paralysie générale*. La malade ayant succombé peu de temps après, l'examen macroscopique et microscopique des centres nerveux révéla des altérations multiples : atrophie diffuse des circonvolutions, légions méningitiques ; nodules fibro-calcaires superficiels et profonds, ayant la structure des gommages syphilitiques arrivées au stade de calcification ; altérations cellulaires et vasculaires, avec épaississement du stroma névroglie, etc. La conclusion générale est que l'on se trouve en présence d'une *paralysie générale ayant succédé à une méningite gommeuse ancienne*. On aperçoit toute l'importance de ces constatations, et, comme le dit le professeur Raymond, « ce cas nous paraît éclairer singulièrement les relations qui existent entre la syphilis et la paralysie générale ».

En résumé, des faits nombreux, observés et présentés dans un rigoureux esprit clinique ; des discussions éclairées par une vaste expérience et par une érudition très avertie ; — des doctrines exemptes de tout parti pris théorique, soutenues avec une absolue sincérité scientifique, et toujours vivifiées par l'observation directe, à laquelle l'auteur nous ramène sans cesse, tel est ce livre, dont une analyse nécessairement superficielle peut

à peine faire pressentir l'intérêt qui s'attache à sa lecture.

Comme ceux qui l'ont précédé, il prouve une fois de plus la supériorité de la méthode et des traditions qui ont fondé et qui maintiennent la grandeur de l'Ecole de la Salpêtrière.

F.-L. ARNAUD.

---

*Sulla opportunità ed efficacia della cura chirurgico-ginecologica nella nevrosi isterica et nelle alienazioni mentale* (Opportunité et efficacité de la cure chirurgico-gynécologique dans l'hystérie et les aliénations mentales). — Résultats d'une enquête internationale faite par les D<sup>rs</sup> G. Angelucci et Pieraccini, de Macerata. Broch. in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di Freniatria*. Vol. XXIII, fasc. 2, 1897.

Une enquête, aussi soigneuse que possible, faite dans les asiles d'Europe et d'Amérique, enquête dont les résultats sont minutieusement exposés dans les soixante premières pages du travail, a amené les auteurs à écrire les conclusions suivantes :

Nous avons réuni 117 cas dans lesquels on peut étudier l'influence des opérations chirurgicales pratiquées sur les organes sexuels sains ou malades pour combattre, dans le premier cas, des déviations fonctionnelles du système nerveux, pour supprimer, dans le second, des états pathologiques des organes génitaux internes, tant dans l'hystérie que dans la folie et dans les états névropathiques.

Si, de ces 117 cas, on en retranche 6 dans lesquels l'opération chirurgico-gynécologique a été seulement simulée, cas intéressants à un autre point de vue (influence de la suggestion dans l'hystérie), nous voyons que sur les 111 cas restants l'intervention n'a eu une influence favorable que 17 fois, et que, dans les 94 autres cas, ou bien elle n'a aucune influence, ou bien elle en a eu une fâcheuse, à ce point que 44 femmes, tant hystériques (20) que non hystériques (24) avant l'opération, sont devenues folles depuis ; que 25 autres, folles ou hystériques, ont vu leur état s'aggraver après l'opération, que 2 non hystériques sont devenues névropathes ; enfin que les 23 dernières, folles ou hystériques avant l'opération, sont restées dans le même état qu'auparavant.

Il faut noter que parmi les 17 cas favorables, nombre bien faible en regard du chiffre des insuccès (94) — et quel insuccès dans 69 cas ! — il y a 12 cas de guérison de troubles ner-

*veux*, suivant l'expression même des opérateurs, ce qui donne à penser qu'il ne s'agit pas toujours là de véritable hystérie, et encore moins de grande hystérie. 9 de ces derniers sujets furent opérés d'organes malades, et 3 seulement d'organes sains, dans le but exclusif d'agir sur l'état hystérique.

Dans les cinq autres cas favorables où l'opération fut réellement tentée dans le but de guérir la folie hystérique avec accès maniaques périodiques, ceux qui les rapportent parlent dans deux cas d'amélioration sensible, et dans les trois autres de guérison *apparente* (*sic*).

Si l'on compare à ces résultats ceux qu'on a obtenus d'autre part avec la simple simulation d'une opération gynécologique, on sera une fois de plus convaincu de l'influence favorable de la suggestion sur l'hystérisme, et on aura des raisons de se demander si les résultats favorables rapportés plus haut ne sont pas dus plutôt à la suggestion qu'à l'opération elle-même.

Et tenant enfin compte du verdict prononcé avec tant d'accord contre l'opportunité et l'efficacité du traitement chirurgical, par les aliénistes et les cliniciens (psychiatres, chirurgiens et gynécologues), nous croyons pouvoir conclure que :

1° Il faut proscrire du traitement de l'hystérie et de la folie l'ablation de l'utérus et de ses annexes normales.

2° L'hystérie est même une contre-indication aux opérations chirurgicales faites en vue d'une cure gynécologique.

3° Ces opérations ne doivent tirer leurs indications que de l'état des organes eux-mêmes et indépendamment de toute considération qui se rapporterait à l'espérance d'influer éventuellement sur un état névropathique.

4° Dans ces conditions, on peut tirer parti d'une suggestion concomitante.

5° Enfin, quand tous les moyens curatifs ont échoué, on peut dans un but de suggestion, simuler une laparotomie, même avec incision superficielle (*sia pure cruenta*).

TH. TATY.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Ueber die Beziehungen der Psychologie zur Psychiatrie. Rede gehalten bei dem Antritt der ord. Professur für Psychiatrie an den Universität Utrecht am 10 october 1900 (Des relations de la psychologie et de la psychiatrie. Discours pro-

noncé à l'ouverture du cours de psychiatrie de l'Université d'Utrecht, le 10 octobre 1900); par le professeur Th. Ziehen. 32 pages in-8°. Iena, Gustav Fischer, 1900.

— Hyperesthésie corticale dans l'alcoolisme aigu; par les D<sup>rs</sup> P. Cololian et A. Rodiet. 31 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, 1900, n<sup>os</sup> 54 et 59.

— La suggestibilité; par Alfred Binet. 1 vol. in-8° (395 p.), avec figures et planches hors texte, de la *Bibliothèque de pédagogie et de psychologie*. Paris, Schleicher frères, 1900.

— Epilepsie. Traitement, assistance et médecine légale; par le professeur Paul Kovalewsky. 1 vol. in-18 de 290 pages. Paris, Vigot frères. 1901.

— Fourth annual report of the managers of the Manhattan State hospital at New York to the State Commission in Lunacy for the year ending september 30, 1899 (Quatrième rapport annuel des administrateurs de l'hôpital d'État Manhattan de New York adressé à la commission d'État des aliénés pour l'année finissant le 30 septembre 1899). 111 pages in-8°. Albany, James B. Lyon, 1900.

— Asile de Maréville. Rapport médical de la division des hommes; par le D<sup>r</sup> Vernet, médecin en chef. 21 pages in-8°. Nancy, Imprimerie Berger-Levrault et C<sup>ie</sup>, 1900.

— Céber Migräne; par le D<sup>r</sup> Alexandre Spitzer, de Vienne, 119 pages in-8°. Iena, Gustav Fischer, 1901.

— Comptes rendus de la section de Neurologie du XIII<sup>e</sup> Congrès international de médecine (Paris, 1900), publiés par Henri Meige. 1 vol. in-8° de 610 pages. Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, s. d.

— Ufficio che le condizioni mentali hanno sulle modificazioni della respirazione e della circolazione periferica (Influence des conditions mentales sur les modifications de la respiration et de la circulation périphériques); par N. Vasschide et L. Marchand. 19 pages in-8°. Extrait de la *Revista sperimentale di freniatria*, 1900.

— Asile de Maréville. Rapport médical de la division des femmes; par le D<sup>r</sup> A. Paris, médecin en chef. 89 pages in-8°. Nancy, Imprimerie Berger-Levrault et C<sup>ie</sup>, 1900.

— Memoria del hospicio de las Mercedes. Correspondiente al año 1899. Presentada a la direccion general de la Administracion sanitaria y asistencia publica por el director Doctor Domingo Cabred. 1 vol. in-4° de 172 pages avec planches. Buenos-Aires, 1900.

— The one hundred and third annual report of the Board of managers of the Maryland hospital for the insane near Catonsville, Baltimore County. To his Excellency the Governor of Maryland, november 1900 (Cent troisième rapport annuel du Comité des administrateurs de l'hôpital des aliénés

de Maryland, près Catonville, Baltimore, adressé à Son Excellence le Gouverneur de Maryland, novembre 1900). 48 pages in-8°, avec planches. Baltimore, 1900.

— Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). Rapport médico-administratif pour l'année 1899 ; par le D<sup>r</sup> Marie, directeur-médecin en chef. 17 pages in-4°, s. l. n. d.

— La mafia ; par Angelo Vaccario, professeur à l'Université royale de Rome. Traduit par le D<sup>r</sup> A. Lalaune, médecin du Pensionnat Sainte-Anne, à Nancy. 19 pages in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle*, janvier 1901.

— Un procédé spécial pour provoquer le sommeil artificiel ; par P. Hartenberg, de Paris. 4 pages in-8°. Extrait du *Journal de neurologie*, 15 novembre 1900.

— Twenty-ninth annual report of the Buffalo State hospital to the state Commission in Lunacy, for the year ending september 30, 1899 (Vingt-neuvième rapport annuel de l'hôpital d'Etat Buffalo adressé à la Commission d'Etat pour les aliénés, pour l'année finissant le 30 septembre 1899). 48 pages in-8°, avec planches. Albany, 1900.

— Hommage au professeur Pierret. 10 novembre 1900. 45 pages in-4°, avec planches. Lyon, Waltener et C<sup>ie</sup>, s. d.

— Forty-first annual report of the Board of Directors and superintendant of Longview hospital Carthage, Ohio, to the Governor of the State of Ohio, for the year 1900 (Quarante et unième rapport annuel du comité des directeurs et du superintendant de l'hôpital Longview, à Carthage, Ohio, au Gouverneur de l'État de l'Ohio, pour l'année 1900). 58 pages in-8°. Cincinnati, s. d.

— Jahresberich über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie. III. Jahrgang. Bericht uber das Jahr 1899 (Compte rendu annuel des travaux et progrès dans le domaine de la neurologie et de la psychiatrie. 3<sup>e</sup> année. Compte rendu de l'année 1899) ; par le professeur E. Mendel et les D<sup>rs</sup> G. Flatau et L. Jacobson. 1 vol. in-8° de 1.286 pages. Berlin, S. Karger, 1900.

— Sixth biennial report of the trustees of the north Dakota Hospital for the insaue for the period ending june 30, 1900 (Sixième rapport bisannuel de la commission de l'hôpital des aliénés de l'état du nord de Dakota, pour la période finissant le 30 juin 1900). 64 pages in-8°. Grand Forks. 1900.

— A new method in brain study. Fissura calcarina. — Cerebral eidola. — Prothymia. — Intention. — The authemion ; par le D<sup>r</sup> Wallace Wood. 48 pages in-12, avec planche. Extrait du *New York medical Journal*, 1899.

— Bericht über die lothringische Bezirks-Irren-Anstalt bei Saargemünd, mit besonderer Berücksichtigung der letzten

10 Jahre ihres Bertehens, dem Kaiserlichen Bezirkspräsidium zu Metz vorgelegt (Rapport sur l'asile d'aliénés du département lorrain, à Sarreguemines, avec considérations spéciales sur les dix dernières années de son existence, adressé au président impérial du département, à Metz); par le D<sup>r</sup> Dittmar, directeur. 1 vol. in-4° de 92 pages, avec planches. Saargemünd, Völcker, 1899.

— Proceedings of the american medico-psychological Association at the fifty-sixth annual meeting held in Richmond, Va., May 22, 23, 24, 25, 1900 (Procès-verbaux de la cinquante-sixième réunion annuelle de la Société médico-psychologique américaine, tenue à Richmond, Va., du 22 au 25 mai 1900). 1 vol. in-8° de 353 pages, cart. à l'anglaise, 1900.

— The mesial relations of the inflected fissure; observations upon one hundred brains; par Edward A. Spitzka. 13 pages in-12. Extrait de *New York medical Journal*, janvier 1900.

— A graphologia em medicina-legal (La graphologie en médecine légale); par José de A. Corta Pinto. Avec une préface du D<sup>r</sup> Afrarico Peixoto. 161 pages in-8°, avec planches et tableaux. Bahia, 1900.

— Thirteenth biennial Report of the Board of managers of State hospital for insane n° 2 Saint-Joseph. Mo., to His Excellency Alexander, M. Dockery, governor of the state of Missouri, and the forty-first general Assembly of the State of Missouri (Trentième rapport triennal du comité des administrateurs de l'hôpital d'Etat pour aliénés, n° 2, à Saint-Joseph, Mo., à Son Excellence Alexandre M. Dockery, gouverneur de l'Etat de Missouri, et à la 41<sup>e</sup> assemblée générale de l'Etat de Missouri). 44 pages in-8° avec planches. Saint-Joseph. Mo., 1901.

— Demenza precoce; par le D<sup>r</sup> Lorenzo Mandalori, directeur du manicomie privé de Messine. 176 pages in-8°, avec planches. Naples, Cav. A. Tocco, 1901.

— Aphasie motrice pure sans agraphie; aphémie pure; par le D<sup>r</sup> Paul Ladame. Rapport présenté à la section de Neurologie du XIII<sup>e</sup> Congrès international de médecine. Paris, 2-9 août 1900, 27 pages in-8°, Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, s. d.

# VARIÉTÉS

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS

*Décret du 26 janvier 1901* : Sur la proposition du président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur : M. le D<sup>r</sup> FESQ (Pierre-Francis-Emile), membre du conseil général du Cantal, maire d'Aurillac. Médecin de l'état civil depuis 1878. Médecin des prisons, du parquet, de la Société de secours mutuels. *Médecin-directeur de l'asile d'aliénés depuis 1888*. Elu au conseil municipal en 1884. Maire depuis 1889. Ancien conseiller d'arrondissement. Conseiller général depuis 1895 ; vingt-trois ans de services ;

M. le D<sup>r</sup> RAMADIER (Auguste-François-Emmanuel), médecin à Saint-Chély-d'Apcher (Lozère). Conseiller municipal depuis quarante-cinq ans. Médecin de l'hospice de Saint-Chély. *Médecin adjoint de l'asile des aliénés* ; quarante-cinq ans de services.

— *Arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts du 10 février 1901* : Sont nommés officiers d'académie : M. le D<sup>r</sup> BOISSIER (Charles-Alfred-François), secrétaire général de l'Union française anti-alcoolique. Grand prix ;

M. le D<sup>r</sup> CHAUSSINAND (Paul-Louis-François-Hippolyte), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne). Médaille d'argent.

— *Arrêtés de décembre 1900* : M. le D<sup>r</sup> JOURNIAC, directeur-médecin de l'asile d'Alençon (Orne), est nommé directeur-médecin de l'asile d'Auxerre (Yonne), en remplacement de M. le D<sup>r</sup> LAPOINTE, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur-médecin honoraire des asiles d'aliénés ;

M. le D<sup>r</sup> ANGLADE, médecin adjoint de l'asile de Bracqueville (Haute-Garonne), est nommé médecin-directeur de l'asile d'Alençon ;

MM. les D<sup>rs</sup> DAGONET, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, à Paris ; PACTET et TOULOUSE, médecins en chef à l'asile de Villejuif (Seine), et SÉRIEUX, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, sont promus à la 2<sup>e</sup> classe de leur grade (6.000 fr.) ;

M. le D<sup>r</sup> GRISEZ, directeur de l'asile du Mans (Sarthe), est promu à la 1<sup>re</sup> classe de son grade (7.000 fr.).



— *Arrêtés de janvier 1901* : M. le D<sup>r</sup> PÉCHARMAN, médecin adjoint de l'asile de Clermont (Oise), est nommé médecin-directeur de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), en remplacement de M. le D<sup>r</sup> Dupain, nommé à l'asile de Vaucluse ;

M. le D<sup>r</sup> TOY, médecin adjoint de l'asile d'Auxerre, est nommé médecin adjoint de l'asile de Braqueville, en remplacement de M. le D<sup>r</sup> Anglade ;

M. le D<sup>r</sup> BONNE, déclaré admissible aux emplois de médecin adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Lyon du 5 mai 1900), est nommé médecin adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne), en remplacement de M. Toy ;

M. le D<sup>r</sup> PÉLISSIER, déclaré admissible aux emplois de médecin adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Montpellier du 29 mai 1900), est nommé médecin adjoint de l'asile de Pierre-feu (Var), poste créé ;

M. le D<sup>r</sup> ROGUE DE FURSAC, chef de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris, est nommé médecin adjoint de l'asile de Clermont (Oise), en remplacement de M. Pécharman.

#### NÉCROLOGIE

D<sup>r</sup> VIRET. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du D<sup>r</sup> Viret, médecin-directeur honoraire de l'asile d'aliénés de Prémontré (Aisne), décédé dans sa soixante-dix-huitième année. Ses obsèques ont eu lieu le 28 février dernier, dans la chapelle même de l'établissement que notre regretté confrère avait administré pendant vingt-trois ans. Sur sa tombe, M. le D<sup>r</sup> Pilleyre, directeur-médecin de l'asile de Prémontré, a prononcé le discours suivant où il retrace avec éloquence la vie et l'œuvre de son distingué prédécesseur :

#### MESSIEURS,

« Nos deuils se suivent de près : il y a quelques semaines à peine j'accompagnais, le cœur attristé, à sa dernière demeure, un serviteur dévoué de l'asile de Prémontré, et aujourd'hui la tâche m'incombe, également douloureuse, d'apporter à mon vénéré prédécesseur le dernier tribut d'éloges et de regrets ; je le ferai discrètement, brièvement, pour obéir à la pensée intime de M. le D<sup>r</sup> Viret et au désir exprimé de sa famille qui le pleure.

« M. le D<sup>r</sup> Isaac Viret est né à Rouen, le 5 novembre 1823. Il y fit ses études classiques et aussis es débuts à l'Ecole secondaire de médecine. De bonne heure, il se spécialisa aux maladies mentales. Successivement interne à l'asile de Saint-Yon, puis à la maison nationale de Charenton, enfin à l'asile de

Blois, de 1850 à 1857, il fut reçu le 16 avril 1858 docteur de la Faculté de Paris.

« Aussitôt après, il revenait à Rouen, médecin adjoint à l'asile de Quatre-Mares.

« M. Viret occupa ce poste pendant quelques mois seulement, et le 26 juillet 1859, il était nommé directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Saint-Lizier (Ariège), d'où il passa, en mars 1866, en la même qualité, à l'asile d'Auch (Gers).

« Le 24 janvier 1868, un arrêté ministériel le désignait pour remplacer à Prémontré le directeur-médecin, M. Dagron, appelé à diriger dans la Seine l'asile de Ville-Evrard. M. Viret avait alors quarante-cinq ans, et ici devait être la dernière et la plus longue étape de sa carrière.

« En 1868, l'asile d'aliénés de Prémontré comptait à peine une année d'existence. Le conseil général de l'Aisne, tout à la satisfaction bien légitime de pouvoir enfin réunir dans une superbe propriété départementale ses aliénés dispersés un peu partout, à Montreuil, à Lommelet (Nord), à Clermont (Oise), fit au nouveau directeur l'accueil le plus sympathique, et celui-ci, d'autre part, ne tarda pas à justifier cette faveur par le zèle qu'il déploya dans l'exercice de ses nouvelles fonctions.

« M. le D<sup>r</sup> Viret a été l'organisateur de l'asile de Prémontré. C'est lui qui, méthodiquement, patiemment, avec des ressources modestes, a jeté les bases de ce grand établissement. La création du domaine agricole, l'aménagement de la ferme, l'installation des pensionnats, la construction de la colonie du Lieubain, notamment, furent son œuvre.

« Parallèlement à ces travaux d'ordre administratif, il s'appliquait, médecin fortement documenté, au traitement des aliénés, et son activité lui permit toujours de ne sacrifier aucune de ces deux tâches qui, quoi qu'on en ait dit, ne sont pas antagonistes et se complètent au contraire fort heureusement pour le bien des malades.

« L'Administration supérieure rendit toujours hommage à de tels efforts. M. le D<sup>r</sup> Viret fut élevé successivement en 1872 à la 2<sup>e</sup> classe de son grade, à la 1<sup>re</sup> en 1875, et à la classe exceptionnelle le 15 août 1884.

Au mois d'avril 1891, à l'âge de soixante-sept ans, M. Viret fut admis à faire valoir ses droits à la retraite, et nommé directeur honoraire de l'asile qu'il avait dirigé pendant vingt-trois ans. Le ministre lui décernait en même temps le grade de chevalier de la Légion d'honneur.

« En outre, l'Assemblée départementale, dans sa séance du 7 avril 1891, par la voix autorisée de M. le conseiller Legry, président de la commission de surveillance de l'asile de Prémontré, rendit hommage, de la façon la plus flatteuse, à la

longue carrière si honorablement remplie de M. Viret, et voulut lui donner une marque particulière de sa sympathie en lui allouant, sur les ressources de l'asile, à titre de gratification pour services exceptionnels, une indemnité pécuniaire.

« M. Viret sortit donc de la période d'activité professionnelle de la façon la plus honorable et la plus enviable.

« Depuis déjà plusieurs années, M. le D<sup>r</sup> Viret avait d'ailleurs envisagé, non peut-être sans une secrète satisfaction, la venue de l'heure du repos. Tout à proximité de l'établissement, presque à un bout de sa majestueuse avenue, il s'était fait construire une demeure conforme à ses goûts, avec un jardin fleuri à sa porte, et partout pour horizon les forêts immenses. C'est là qu'entouré de pieuses affections, il comptait feuilleter les livres qu'il aimait, jusque-là négligés dans l'activité de sa vie, et sans doute aussi colliger les notes précieuses qu'une observation scientifique longue et sagace avait pu lui permettre de recueillir. C'est enfin là qu'il entrevoyait la joie de vivre ses dernières années, débarrassé des soucis administratifs et des responsabilités médicales.

« Les infirmités de la vieillesse brisèrent, hélas ! ce rêve touchant ; bientôt, à la joie de vivre succéda, comme il arrive trop souvent, la difficulté de vivre, et M. Viret put entrevoir, sans que d'ailleurs il y perdît sa sérénité philosophique, l'ère des implacables régressions : « Je meurs en détail », m'avait-il dit bien souvent.

« Je n'ai eu l'honneur de connaître M. le D<sup>r</sup> Viret qu'à la dernière période de son existence ; mais tout et tous autour de moi disaient qu'il fut un administrateur probe et habile, un médecin consciencieux, un homme honnête et bon.

« Le cœur ému, j'adresse à la compagne fidèle de sa vie, au fils qu'il chérissait, l'expression respectueuse des unanimes sympathies, et à lui-même le suprême et confraternel adieu. »

D<sup>r</sup> MARET. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du D<sup>r</sup> Maret, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, décédé le 6 octobre 1897, dans sa soixante-troisième année. C'est un pur hasard qui nous apprend cette triste nouvelle et nous permet de rendre un hommage tardif à la mémoire d'un collègue estimé.

Louis-René Maret, né à Ternay (Loir-et-Cher), le 24 janvier 1835, était véritablement le fils de ses œuvres. D'abord aide-jardinier, il entra ensuite à l'école normale primaire et devint instituteur d'une commune de son département. Mais, doué d'une intelligence très vive et d'une activité peu commune, Maret rêva de sortir de cette situation un peu subalterne. Tout en faisant sa classe, il prépara son baccalauréat, et

le passa avec succès. Il commença alors sa médecine à l'Ecole de médecine de Tours, dont il fut lauréat. Pour subvenir aux frais des études médicales, longues et coûteuses, il se fit d'abord recevoir comme interne aux hospices du Havre; puis il songea aux asiles d'aliénés, et fut successivement interne à Bonneval et à Prémontré. Le 28 août 1867, il fut nommé interne à l'asile de Saint-Yon, dans le service de Morel; il y resta deux ans, qu'il employa à la préparation de ses derniers examens de doctorat et de sa thèse. Cette dernière, qu'il soutint en 1869, traite du *délire de persécution*, sujet alors nouveau en médecine mentale, mais auquel Maret sut apporter d'intéressantes contributions, surtout en ce qui concerne le point de vue médico-légal.

Maret fut nommé médecin adjoint de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), le 26 août 1869; il s'y trouvait encore au moment de la déclaration de la guerre avec la Prusse. Il ne resta pas inactif pendant ces terribles événements: durant plus de quatre mois, il remplit les fonctions de chirurgien-major d'un corps de troupes retranché au Havre et dont l'effectif se montait à 17 ou 18 bataillons. Comme l'a dit le Dr Dumesnil, son chef de service, « s'il n'a pas eu dans son ambulance le navrant spectacle du lendemain d'une bataille, il a eu affaire aux ravages de la variole, fléau non moins impitoyable que notre ennemi ».

En 1873, Maret fut nommé médecin en chef de l'asile d'Armentières, puis peu après médecin-directeur de l'asile d'Auch, où il resta jusqu'au jour de sa mise à la retraite. Il se retira alors dans une propriété qu'il avait acquise près d'Auch, à la Trouette, et y mourut complètement ignoré. Depuis longtemps il ne donnait d'ailleurs plus signe de vie à ses anciens amis et collègues, affectant une sorte de misanthropie, qu'exagérait encore une certaine originalité de caractère.

Dr SINGER. — Nous avons à enregistrer la mort prématurée d'un jeune médecin adjoint des asiles d'aliénés, le Dr Désiré-François-Louis-Joseph Singer, décédé le 17 février 1901, à Berguette, dans sa famille; il était dans sa trente-quatrième année.

Le Dr Singer, qui était né à Robecq (Pas-de-Calais), le 20 janvier 1868, avait fait ses études médicales à la Faculté de Lille. Reçu docteur en médecine, il prit du service à bord des paquebots transatlantiques; mais sa santé ayant été fortement ébranlée par ces voyages au long cours, il se décida à changer de carrière et se prépara au concours pour l'adjuvat des asiles d'aliénés: il fut déclaré admissible au concours de Lille du 5 mai 1896, et nommé, en avril 1899, médecin adjoint.

de l'asile de Lesvellec (Morbihan). Quelques mois après, Singer fut atteint d'une maladie grave, dont il guérit néanmoins ; il allait reprendre ses fonctions, lorsqu'il subit une rechute qui devait l'emporter.

PROSPER RASSE. — Nous apprenons la mort de M. Prosper Rasse, interne de l'asile d'aliénés de Prémontré (Aisne), décédé le 2 février dernier, à l'âge de soixante ans. C'était assurément le plus ancien interne de tous les asiles. Il était excessivement apprécié dans le poste qu'il occupait, et la meilleure preuve en est le concours si sympathique de ces chefs et anciens chefs, de tous les fonctionnaires et employés de l'asile de Prémontré, qui assistèrent à ses obsèques. Cette cérémonie eut lieu le jeudi 5 février ; M. le D<sup>r</sup> Pilleyre, médecin en chef, directeur de l'établissement, prononça un discours ému que nous croyons devoir reproduire :

« Messieurs,

« J'ai le devoir pénible de ne pas laisser se fermer cette tombe, si brusquement ouverte, sans apporter à celui qui, bientôt, y dormira son dernier sommeil, un témoignage d'estime affectueuse, au nom des médecins, de l'administration et des malades de l'asile départemental d'aliénés de Prémontré.

« M. Jules Prosper Rasse était originaire de Rouen, où il est né en 1841 ; il y fit ses études classiques, puis à l'Ecole secondaire de médecine, il débuta dans la carrière qu'il avait choisie. Interne d'abord dans un hospice, il fut nommé bientôt à l'internat de l'asile des femmes aliénées de Saint-Yon, où il passa plusieurs années.

« Dans cet asile de province, il eut la bonne fortune de trouver des maîtres éminents, l'illustre D<sup>r</sup> Morel et le distingué D<sup>r</sup> Rousselin, devenu plus tard inspecteur général de l'Assistance publique, qui lui apprirent à connaître les aliénés, à les soigner, à les aimer. Il n'oublia jamais leur précieux enseignement.

« En 1874, M. Rasse quitta Rouen et, sur la chaude recommandation de son maître Rousselin, il fut agréé par mon prédécesseur, le D<sup>r</sup> Viret, et nommé interne à Prémontré. M. Viret, apprécia vite ses qualités et il devint son collaborateur dévoué et préféré.

« M. Rasse ne devait plus quitter Prémontré. Dans cette vieille demeure où semblait vivre encore le souvenir des moines placides, encadrée de sites pittoresques et de forêts grandioses et discrètes, il se complut et s'attarda.

« La vie qu'on y menait séduisit son caractère amoureux au fond de quiétude, mal disposé aux luttes âpres de la vie, insouciant quelque peu des lendemains obscurs.

« Aussi bien, son zèle à remplir ses devoirs professionnels accrut tous les jours l'affection que ses chefs lui portaient, pendant que sa belle humeur, sa bonté d'âme et son obligeance inlassable lui créaient dans l'asile et hors de l'asile un faisceau d'amitiés qui ne se dissocia jamais.

« Comment ne pas l'excuser, que dis-je, le remercier, de s'être laissé retenir, au détriment de ses intérêts personnels, par des liens si nombreux et si chers ?

« M. Rasse aimait les aliénés, ces grands enfants qui n'ont pas toujours pourtant les gentillesse de l'enfance ; il les soignait avec patience et bonne grâce, et souvent il en obtenait ainsi des marques d'attachement et de confiance auxquelles, à juste titre, il attachait les plus grands prix.

« Lorsqu'il vint à Prémontre, l'établissement ne datait que de peu d'années ; il était incomplet et les améliorations nécessaires ne pouvaient cependant y être faites qu'avec lenteur et proportionnellement aux ressources qui y étaient consacrées.

« M. Rasse suivait avec intérêt les progrès successifs réalisés, et lorsque ses concitoyens lui firent l'honneur de lui confier la mairie, il mit toute son autorité à aider l'administration de l'asile dans ses entreprises ; il lui donna avec joie son concours le plus complet et le plus strictement désintéressé.

« Les dernières années de cet excellent homme furent attristées par la maladie, la maladie qu'avaient paru braver jusque-là sa constitution vigoureuse et sa santé exubérante.

« Vers 1898, brusquement, il subit les attaques violentes de cette affection cardiaque qui l'a terrassé, et en 1900 un mal plus cruel encore, pour lequel il dut subir, par les mains expertes d'un grand chirurgien de Paris, une douloureuse opération, vint lui livrer un nouvel assaut.

« Dès lors, la souffrance physique ne le quitta plus. Il se savait guetté par deux ennemis impitoyables. Son initiation aux choses de notre art lui faisait entrevoir un avenir gros de douleurs, sans espoirs, et il lui fallut des efforts énergiques de volonté pour dissimuler à ses amis sa détresse morale.

« La mort bienveillante lui a épargné les souffrances qu'il redoutait ! Elle l'a frappé rapidement et doucement ; c'est ainsi, me disait-il souvent, qu'il la désirait. Son vœu s'est accompli.

« Votre souvenir, mon cher Monsieur Rasse, sera longtemps conservé dans cette maison où, pendant de longues années, avec une constance qui n'a jamais faibli, vous avez fait le bien.

« Au nom de nous tous, je vous adresse un affectueux et suprême adieu. »

ŒUVRE DE PATRONAGE POUR LES ALIÉNÉS INDIGENTS DES  
ASILES PUBLICS DE LA SEINE

Le compte rendu moral et financier, pour l'exercice 1899, de cette œuvre si utile, ne nous est parvenu qu'à la fin de décembre 1900 ; il nous a donc été impossible de l'analyser dans le dernier numéro. Comme les années précédentes, il est dû à M. le D<sup>r</sup> Jules Falret, le dévoué président du Comité administratif. Selon notre habitude, nous résumerons cet intéressant document, en nous arrêtant aux trois buts principaux de l'œuvre : l'asile-ouvroir, les secours à domicile et les réunions du dimanche ; enfin nous dirons un mot du compte financier.

1° *Asile-ouvroir*. — Voici quel a été le mouvement général de l'asile-ouvroir de Grenelle, pendant l'année 1899 :

Convalescentes présentes le 1 <sup>er</sup> janvier 1899.	34
— entrées dans l'année.	69
Total.	103
Placées dans Paris.	63
Réintégrées à Sainte-Anne.	4
Décédée.	1
Total.	68

Ce qui frappe surtout dans ce tableau, c'est le grand nombre de patronnées, placées dans Paris, dans le courant de l'année. Ce chiffre de 63 plaide en faveur de l'incontestable utilité de l'œuvre.

2° *Secours à domicile et réunions à l'asile*. — Comme le dit M. Falret, « l'asile de Grenelle n'a pas seulement pour but de nourrir et d'entretenir une quarantaine de patronnées femmes tous les mois. Il est de plus un centre pour tous les patronnés, hommes et femmes, dispersés dans Paris et dans la banlieue ». Ces patronnés, hommes et femmes, viennent souvent d'eux-mêmes, à leur sortie des asiles, réclamer aide et assistance ; ils y trouvent tous les jours, et surtout les dimanches, non seulement des secours pécuniaires, mais encore appui moral, sous la forme de consolations et de conseils.

Pendant l'année 1899, des secours matériels ont ainsi été distribués à 618 personnes (400 femmes et 218 hommes), soit à l'asile même, soit à leur domicile, et l'on a dépensé dans ce but la somme de 4.834 francs.

9° *Compte financier*. — Ce compte peut se résumer dans le tableau suivant :

## RECETTES

1° Recettes intérieures (intérêts de rente, travail du personnel, etc.) . . . . .	Fr.	8.192 50
2° Recettes dues à la charité privée (souscriptions, assemblée de charité, loterie, dons). . .		23.843 75
3° Par le Ministère de l'Intérieur. . . . .		900 »
4° Excédent des recettes de 1898 . . . . .		483 60
Total. . . . .	Fr.	33.419 85

## DÉPENSES

1° Frais d'administration et d'entretien. . . . .	Fr.	4.795 »
2° Frais applicables au personnel secouru . . .		28.307 65
Total. . . . .	Fr.	33.102 65

La balance donne un excédent de recettes, au 31 décembre 1899, de 317 fr. 20.

La situation peut donc être considérée comme très satisfaisante. Sans doute, comme dans toute œuvre de ce genre, il y a toujours des *desiderata*, des progrès à accomplir — et M. Falret ne les cache pas. Grâce à son zèle infatigable, les ressources se trouveront pour les améliorations nécessaires. Aux services déjà rendus par l'Œuvre de patronage depuis sa fondation en 1843, viendront s'en joindre d'autres, et de plus nombreux, que les malheureux aliénés devront à la haute philanthropie de Falret père et à la constante charité de son fils, si dévoué à la fondation paternelle.

En terminant son rapport si suggestif, notre vénéré maître et ami rend un hommage ému à la mémoire des membres du Conseil général de l'Œuvre, décédés dans le cours de l'année. Parmi eux se trouve Bouchereau, et voici en quels termes, que nous nous plaisons à reproduire, M. J. Falret s'exprime sur ce collègue si regretté : « Nous avons eu ici peu d'occasions, Messieurs, de le connaître et de l'apprécier; mais tous ceux qui l'ont connu et ont été en relations avec lui sont unanimes à reconnaître que c'était un homme excellent, plein de cœur, aimé de tous et ayant passé sa vie à faire le bien et à exercer sa générosité envers ses malades et envers tous les malheureux avec lesquels il se trouvait en rapport. Tous les discours prononcés sur sa tombe ont été d'accord pour proclamer chez lui toutes ces qualités que tout le monde s'est plu à reconnaître; et, dans notre Œuvre, à laquelle il a tenu à s'associer, il s'est toujours montré également bienveillant et généreux envers tous nos patronnés. »

## LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (suite).

12. *Triple assassinat et suicide*. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du mardi 9 octobre 1900) :



Un drame, qu'il faut évidemment mettre sur le compte de la folie, vient de se dérouler à Imovod, près de New-York. La femme d'un riche négociant de cette ville, M<sup>me</sup> Smith, dont l'état de santé était fort inquiétant depuis plusieurs mois, a profité d'une absence de son mari pour attenter à la vie de ses trois enfants.

M<sup>me</sup> Smith, après avoir fait dans l'après-midi sa promenade quotidienne, rentra à sa villa sans que rien, dans son allure, pût laisser soupçonner l'effroyable projet qu'elle allait essayer de mettre à exécution. C'est vers cinq heures, quand son petit garçon André, âgé de six ans, rentra de l'école, que la jeune femme commit son crime.

Jusqu'ici, on n'a pu établir de façon exacte les phases du drame; mais on suppose que M<sup>me</sup> Smith tua d'abord son fils d'un coup de revolver au moment où celui-ci venait l'embrasser, puis qu'elle monta au premier étage, où jouaient ses deux fillettes, Ethel, âgée de douze ans, et Mabel, âgée de quatre ans.

Après avoir essayé de leur faire absorber du poison, elle s'arma à nouveau de son revolver, qu'elle déchargea par trois fois sur les pauvres petites, puis qu'elle retourna contre elle-même pour se tuer raide d'une balle dans la tête.

Quand on pénétra dans la pièce, les deux enfants respiraient encore; mais malgré tous les soins, la petite Mabel succomba au bout de quelques heures; sa sœur est toujours dans un état des plus graves.

Dans la chambre de M<sup>me</sup> Smith on a trouvé une lettre où la pauvre femme expliquait à son mari qu'elle ignorait les raisons qui la poussaient à commettre son crime, mais qu'elle obéissait à une impulsion mystérieuse.

13. *Le coupeur d'oreilles.* — Depuis quelques jours, les habitants du quartier du Père-Lachaise apercevaient, rôdant dans les rues, la tête basse, comme honteux, de nombreux chiens de toutes races, et même des chats, dont les oreilles étaient coupées. Un simple regard suffisait pour s'assurer que cette opération barbare venait d'être pratiquée tout récemment sur ces inoffensifs animaux. Les plaies, en effet, n'étaient pas encore cicatrisées et les pauvres bêtes faisaient peine à voir.

Les plaintes des propriétaires affluaient chez M. Tirache, commissaire de police; mais, jusqu'ici, le « coupeur d'oreilles » était resté introuvable, lorsque, hier, une jeune femme se présenta au commissariat et déclara que son mari, M. Eugène Chevance, âgé de trente-six ans, demeurant, 95, rue des Prairies, s'était, la nuit dernière, précipité sur elle, un couteau à la main, et avait tenté de l'égorger. C'est par un hasard providentiel qu'elle avait réussi à lui échapper.

Deux inspecteurs se rendirent à l'adresse indiquée et prièrent

cet époux féroce de les accompagner. M. Chevance les suivit sans opposer la moindre résistance, et il fut conduit devant M. Alliot, secrétaire de M. Tirache.

A peine était-il entré dans le bureau, qu'il regarda fixement le secrétaire, puis, soudain, du ton le plus naturel, il lui dit :

— Vous êtes gravement malade, mon pauvre monsieur !

M. Alliot, qui se porte à merveille, ne put se défendre d'un léger mouvement de surprise.

— Oui, oui, reprit l'étrange personnage, vous êtes très malade, et, pour vous guérir, je vais être obligé de vous couper les oreilles. C'est le seul moyen de vous sauver !

Ce disant, avant que son interlocuteur eût songé à lui arrêter le bras, l'homme sortit de sa poche un couteau extrêmement tranchant et se jeta sur le pseudo-malade.

Un inspecteur le désarma, heureusement, et l'interrogatoire put continuer sans nouvel incident.

Eugène Chevance raconta alors qu'il était sorcier et qu'il guérissait les animaux et les gens en leur coupant les oreilles.

— C'est radical, affirma-t-il.

Le pauvre déséquilibré attirait les chiens et les chats dans un terrain vague de la rue de la Bidassoa et, là, armé d'une longue paire de ciseaux, leur faisait subir la cruelle amputation. On a retrouvé dans une cabane en planches, « sa clinique », dit-il en se redressant avec fierté, une centaine d'oreilles soigneusement alignées sur le sol.

Lundi dernier, il avait coupé les oreilles et la queue d'un petit âne appartenant à l'un de ses voisins. Celui-ci avait en vain cherché le coupable.

On frémit en songeant à ce qui serait advenu si ce dangereux maniaque avait eu l'idée « d'opérer » des enfants.

Eugène Chevance a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. (Le *Matin*, numéro du vendredi 26 octobre 1900.)

14. *Tentative d'homicide et suicide*. — On lit dans la *Patrie* (numéro du samedi 27 octobre 1901) :

Le commissariat de la rue Chénier a été avisé ce matin d'un terrible drame de la folie.

M<sup>me</sup> B..., âgée de trente-trois ans et mère de deux enfants, demeurant rue d'Aboukir, a tenté de se suicider dans des circonstances particulièrement émouvantes.

Cette nuit, tandis que son mari, teinturier, était momentanément absent, elle fit absorber à sa petite fille, âgée de dix-huit mois, la moitié du contenu d'une fiole de laudanum, et but elle-même l'autre moitié. Puis elle se coucha avec son enfant. Trouvant alors que la mort ne venait pas assez vite, elle alla dans sa cuisine chercher un couteau, avec lequel elle se fit trois blessures profondes au-dessous du sein droit.

Lorsque M. B... rentra, il trouva sa femme sans connaissance, remplie de sang, avec son enfant dans les bras.

Affolé, il courut chercher du secours. Un médecin arriva en toute hâte; après les premiers soins, il put répondre de la vie de l'enfant. Quant à la mère, les blessures qu'elle s'est faites sont des plus dangereuses.

Le mari a déclaré que sa femme ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés mentales.

15. *Menaces de mort.* — M. Pontaillier, commissaire de police du quartier de la Chapelle, a envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt un vieillard de quatre-vingt-deux ans, Auguste Wackler, ancien charpentier, demeurant rue de Panama, qui, armé de pied en cap, menaçait de mort tous les gens qu'il rencontrait.

Le pauvre dément se figurait être un grand général, et voulait à toute force partir pour le Transvaal. (*Le Journal*, numéro du mardi 6 novembre 1900).

16. *Le miracle de Cana.* — Sous ce titre on lit le fait-divers suivant dans le *Journal* (numéro du dimanche 25 novembre 1900) :

Un gros négociant en vins de Bercy, M. S..., recevait hier la visite d'un monsieur correctement mis, disant s'appeler Adrien Valantois, chimiste à Bordeaux.

— J'ai, dit-il à M. S..., inventé une poudre merveilleuse au moyen de laquelle je puis instantanément fabriquer du vin naturel. Dans une feuillette pleine d'eau, — de l'eau, vous entendez bien, — je jette une pincée de ma préparation; je récite un *Pater* et un *Ave*, et aussitôt l'eau se change en vin. J'ai déjà fait la même chose, il y a quelque temps, aux noces d'un nommé Cana. Voyez plutôt.

Et, ce disant, il projeta dans un verre d'eau, qui se trouvait là par hasard, un peu de sa poudre. Malheureusement, l'eau ne se transforma pas.

— Voyez, monsieur, criait l'autre, c'est du bordeaux.

M. S..., peu convaincu, voulut éconduire son étrange visiteur, disant qu'il n'avait pas besoin présentement de ses services.

Mais Valantois se mit en colère, et, voulant à toute force que le négociant acceptât sa proposition, lui tomba dessus à bras raccourcis, et se mit en devoir de l'assommer.

Aux cris poussés par M. S..., ses employés accoururent, maîtrisèrent le forcené, et le conduisirent au commissariat de police d'où M. Labussière le fit diriger sur le Dépôt en lui persuadant qu'il lui était indispensable de faire son expérience au Laboratoire municipal.

17. *Suicide.* — On écrit d'Epinaç au *Journal* (numéro du lundi 26 novembre 1900) :

M. Bouard, âgé de quarante-six ans, boyaudier au Creusot, qui ne jouissait plus depuis un certain temps de ses facultés mentales, s'est suicidé, hier, en se coupant la gorge avec un couteau de boucher. Le malheureux était atteint de la folie de la persécution, et c'est au cours d'une de ses terribles obsessions qu'il s'est porté plusieurs coups de couteau à la gorge, qui a été presque tranchée.

M. Bouard est mort peu de temps après.

18. *Actes de violence.* — Vers huit heures, ce matin, une femme âgée d'environ quarante-cinq ans se présentait chez M. D..., négociant en vins rue de la Tour-d'Auvergne, et lui demandait une somme de 50 francs dont elle avait absolument besoin.

M. D..., qui prétend ne pas connaître cette femme, les lui refusa.

Entrant aussitôt dans une violente colère, elle saisit une canne qui se trouvait dans l'entrée de l'appartement de M. D... et lui en porta plusieurs coups violents sur la tête et sur la figure, lui mettant le visage en sang.

Aux cris de M. D..., des voisins accoururent et non sans peine parvinrent à maîtriser cette mégère qui a été conduite au commissariat de la rue Rochechouart.

C'est une nommée Marie Duvernois qui, depuis quelque temps, ne jouit plus de ses facultés mentales.

Elle a été envoyée à l'infirmerie du Dépôt. (*Le Petit Sou*, numéro du lundi 3 décembre 1900.)

19. *Une folle dangereuse.* — M. Raulin, propriétaire de l'hôtel du Grand-Central, 6, rue Amelot, prenait, il y a deux mois, à son service, une jeune femme, Maria Regnier, âgée de trente ans.

Il y a quelques jours, elle était prise de la folie de la persécution, folie douce, qui ne faisait prévoir en aucune façon la scène violente qui s'est déroulée hier matin.

Vers huit heures, cette malheureuse s'armait d'un long couteau de cuisine et parcourait les escaliers et les couloirs de l'hôtel, poussant des cris sauvages et portant dans chaque porte de violents coups de couteau.

Vainement, le directeur de l'hôtel et les locataires tentèrent de la calmer, et cette malheureuse, finalement exaspérée, se réfugia dans sa chambre, un étroit boyau, dans lequel elle se barricada.

M. Guicheteau, commissaire de police, fut mandé en toute hâte. Sa présence ne fit qu'irriter la pauvre folle qui, s'emparant de tous les objets à portée de sa main, les lança sur le commissaire qui fut blessé à la main par un lourd chenêt de fer.

M. Guicheteau, doué d'une force peu commune, réussit à maîtriser la pauvre femme qui a été transportée à l'infirmierie du Dépôt. (Le *Petit Sou*, numéro du lundi 5 décembre 1900.)

20. *Triple tentative d'assassinat et incendie.* — On écrit de Bourges au *Petit Sou* (numéro du lundi 3 décembre 1900) :

Un drame épouvantable s'est déroulé vendredi dans la petite ville du Châtelet-en-Berry (Cher).

Vers 2 heures de l'après-midi, alors que chacun était à ses occupations habituelles, un nommé Augustin Girault, plâtrier, pris soudain de folie sanguinaire, a répandu la terreur dans le pays, en tentant d'assassiner plusieurs personnes.

Ce malheureux, armé d'un couperet, s'est d'abord précipité sur son beau-père, M. Deveaux, âgé de soixante-quatre ans, et lui a porté six coups de son arme sur la tête.

Il s'est ensuite jeté sur sa femme, âgée de vingt-six ans, et l'a frappée avec la même brutalité. La malheureuse a été littéralement lardée.

Croyant avoir tué ses deux victimes, Girault les a jetées dans un jardin situé derrière sa maison.

Deveaux et sa fille, qui n'étaient heureusement que blessés, appelèrent du secours, mais ne furent point entendus.

Alors, les deux blessés se traînèrent jusque chez un voisin, M. Corbinelt, où ils arrivèrent défaillants.

M<sup>me</sup> Corbinelt s'empressa d'aller chercher du secours. On accourut de toutes parts, et tandis que les uns prodiguaient des soins aux deux victimes, d'autres se mirent à la recherche du meurtrier.

Pendant ce temps, Girault avait pris son enfant, un bébé de quinze mois, et était allé le porter chez une voisine.

— Ayez bien soin de mon enfant, dit-il à cette personne. Je viens de tuer mon beau-père et ma femme; et maintenant je vais en finir avec la vie.

Sa voisine, M<sup>me</sup> Chaymon, s'empressa de déposer l'enfant en lieu sûr. Elle se mit ensuite à la poursuite du meurtrier pour l'empêcher de mettre à exécution son funeste projet. Girault s'était enfermé dans sa chambre. Quelques instants après, la fenêtre de la chambre du fou meurtrier était en feu, Girault incendiait sa maison.

Un jeune homme, M. Paul Fomentreau, garçon coiffeur, allait jeter un seau d'eau dans la pièce en feu, lorsque Girault, apparaissant à la fenêtre, lui asséna sur la tête deux violents coups de son terrible couperet.

M. Fomentreau, affreusement blessé, dégringola de l'échelle sur laquelle il était monté et vint s'abattre sur le pavé.

Les gendarmes, qui avaient été prévenus, arrivèrent bientôt et pénétrèrent dans la maison du fou. Ils réussirent, non sans

peine, à s'emparer du meurtrier, qui les menaçait de son arme.

Il a été conduit à la prison de Saint-Amand et mis à la disposition de la justice qui, vraisemblablement, va le faire interner à l'asile d'aliénés de Beauregard, à Bourges,

21. *Suicide*. — M. Victor Belleza, âgé de quarante ans, employé de commerce, qui occupait un appartement au cinquième étage, 23, rue d'Enghien, avait à plusieurs reprises manifesté son intention de se suicider.

Le malheureux se croyait sans cesse en butte aux persécutions d'ennemis imaginaires, et, malgré tout ce que l'on avait tenté pour lui faire comprendre l'inanité de ses craintes, son état mental n'avait fait que s'aggraver.

La nuit dernière, vers 4 h. 1/2, profitant de ce que tout le monde dormait, il se leva, ouvrit la fenêtre de sa chambre, qui donne sur la rue d'Enghien, et s'élança dans le vide.

Il vint s'abattre sur la lanterne d'un candélabre à gaz qui fut brisée et on le releva avec les deux jambes fracturées.

Transporté à l'hôpital Lariboisière, l'infortuné y a rendu presque immédiatement le dernier soupir (*Le Journal*, numéro du mardi 11 décembre 1900).

22. *Menaces de mort*. — On lit dans le *Matin* (numéro du mardi 11 décembre 1900) :

Les habitants de l'immeuble portant le n° 10 du passage Dubois, dans le quartier du Combat, étaient réveillés, la nuit dernière, par les cris : « Au secours ! Il veut me tuer ! » provenant d'une petite chambre du sixième étage, occupée par une septuagénaire, M<sup>me</sup> Marguerite Colonge, et par son fils Louis, âgé de quarante ans.

Plusieurs locataires se précipitèrent vers l'endroit d'où provenaient les appels et aperçurent la pauvre femme, vêtue seulement de sa chemise, qui descendait les escaliers aussi vite que le lui permettaient ses vieilles jambes ; son fils la poursuivait en brandissant un poignard et poussait des hurlements qui n'avaient rien d'humain.

On se jeta sur lui et, malgré sa résistance, on réussit à lui arracher son arme et à le ligoter solidement.

Le pauvre diable, qui, depuis quelque temps, ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés, était devenu subitement fou furieux et avait tenté de tuer sa mère. M. Amat, commissaire de police, l'a envoyé à l'infirmerie spéciale.

M<sup>me</sup> Colonge, qui est infirme et se trouve dans l'impossibilité de travailler, est dans une misère noire. M. Amat va la faire hospitaliser.

23. *Un évadé de Bicêtre*. — Dans l'après-midi d'hier, des agents ont arrêté un individu âgé de trente-cinq ans environ, gravement occupé à prendre des mesures sur le boulevard Vol-

taire, arrêtant ainsi la circulation des voitures et des tramways.

Conduit au commissariat du quartier Sainte-Marguerite, le malheureux, qui ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés mentales, et s'était évadé, l'avant-veille, de l'asile d'aliénés de Bicêtre, a déclaré se nommer Mathieu Gilles, ouvrier mécanicien.

— Je suis, a-t-il déclaré, le plus grand inventeur du siècle. Je cherche dix millions pour l'établissement d'un chemin de fer aérien mû par l'oxygène, qui reliera la tour Eiffel à toutes les gares de ceinture.

On lui a fait comprendre qu'il fallait, avant tout, l'autorisation du préfet de police, et le pauvre fou a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du mardi, 11 décembre 1900.)

24. *Un coupeur de cheveux*. — On lit dans le *Journal* (numéro du mardi, 11 décembre 1900) :

Un individu, vêtu d'une blouse, chantant des refrains bizarres, qu'il alternait avec des cris de tondeurs de chiens, passait, hier matin, rue de Charenton. Arrivé au coin de la rue Traversière, il se précipita sur une fillette de douze ans qui passait et tenta de lui couper les cheveux à l'aide d'une énorme paire de ciseaux.

Des passants délivrèrent la fillette et conduisirent le tondeur au commissariat, non sans avoir entamé une lutte terrible avec lui.

Cet individu, qui a refusé de faire connaître son identité et qui ne paraît pas jouir de ses facultés mentales, a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt par M. Boutineau, commissaire de police.

25. *Actes de violence*. — Un concierge de la rue de Montreuil requérait, hier, deux agents pour s'emparer d'un de ses locataires qui, échappé dernièrement d'un hospice de fous, où il était interné, avait enfermé sa femme dans une chambre et, armé d'une poêle, démolissait tout, sous prétexte qu'il était roi et que sa demeure le dégoûtait.

C'est un nommé Calmant. M. Goulier, commissaire de police, l'a renvoyé à Bicêtre. (*Le Journal*, numéro du mardi, 11 décembre 1900.)

26. *La « demoiselle aux chats »*. — Dans le quartier du Jardin-des-Plantes, le Muséum n'a pas le monopole des phénomènes.

Les rues paisibles et vieillottes de ce quartier sont l'objet de la prédilection des vieux maniaques qui vivent chichement dans les petits logements qu'on trouve aux environs du Jardin botanique et zoologique.

On appelait la « Demoiselle aux chats » une vieille fille de

quatre-vingt-trois ans, M<sup>lle</sup> Clotilde Poivrier, vivant seule dans une chambre du cinquième étage, 10, rue Quatrefages, au milieu d'une dizaine de chats. Les voisins se plaignaient de l'odeur effroyable que dégageait le logement de la vieille maniaque, odeur qui allait en augmentant. La vieille ne sortait jamais, sinon sur le carré, pour envoyer les enfants des voisins lui faire des commissions. Elle ne laissait jamais pénétrer chez elle.

La puanteur devenant de plus en plus envahissante, les voisins allèrent prier le commissaire de police d'intervenir. Celui-ci, M. Canier, arriva et dut parlementer avec la locataire avant de pouvoir entrer chez elle.

Enfin elle lui ouvrit ; un spectacle ignoble s'offrit à sa vue.

M<sup>lle</sup> Poivrier, qui depuis plusieurs années vit au milieu de ses chats, qui se reproduisaient dans sa chambre, n'en avait jamais fait enterrer un. Quand un petit chat mourait, elle le faisait bouillir dans une marmite et le suspendait ensuite dans un linge, où elle épinglait son nom sur un papier. Quand c'était un vieux chat, elle suspendait le cadavre dans son alcôve. C'est ainsi qu'il y avait autour de son lit une guirlande de dix-huit chats crevés, les uns desséchés, les autres en plus ou moins complète putréfaction.

Comme la vieille folle ne voulait rien entendre, le commissaire l'a fait envoyer à l'infirmerie du dépôt. On a trouvé dans sa paillasse une petite fortune, des valeurs dont les coupons n'avaient pas été touchés depuis plusieurs années.

On a retrouvé dans un quartier riche de Paris des parents de la « Demoiselle aux chats » qui sont dans une situation de fortune brillante et qui ont appris cette histoire non sans étonnement. (*L'Echo de Paris*, numéro du mardi, 11 décembre 1900.)

27. *Suicide d'un étudiant.* — Un étudiant en médecine, M. Dominique Stefani, âgé de trente ans, demeurant 42, rue de Jussieu, s'est donné la mort, la nuit dernière, dans un accès de fièvre chaude, en se précipitant dans la rue, du haut du toit de la maison voisine de celle qu'il habitait et sur laquelle il était monté.

M. Stefani avait déjà tenté de se suicider ; il avait été interné dans une maison de santé à la suite d'une de ces tentatives.

La famille du défunt, qui habite la Corse, a été informée par dépêche. (*Le Matin*, numéro du mercredi, 19 décembre 1900.)

28. *La folie de la destruction.* — Une jeune femme de vingt-six ans, M<sup>lle</sup> Louise Gauthier, demeurant, 11, rue Fontaine, était depuis quelques jours en proie à des hallucinations et donnait des signes non équivoques de dérangement cérébral.

A plusieurs reprises, elle avait déclaré à ses amies que la vie



lui pesait et qu'elle voudrait mourir en même temps que tous les êtres qu'elle affectionnait sur la terre.

Hier soir, elle noya son petit chien, qu'elle aimait par-dessus tout. Puis ce fut le tour du petit minet, dont les ronrons la réveillaient doucement chaque matin. Enfin le petit chien de la concierge, qui n'avait commis que le crime de l'aimer à l'égal de son maître, fut exécuté de la même façon.

Dès lors, tous les êtres qu'elle aimait se trouvant occis, Louise Gauthier remplit d'eau jusqu'au bord une énorme cuvette, la plaça sur une table devant laquelle elle s'assit et s'y plongea le visage.

Elle avait complètement perdu connaissance, lorsqu'en arrivant ce matin selon son habitude pour mettre en ordre son appartement, la femme de ménage trouva la malheureuse la tête aux trois quarts immergée dans le récipient.

Tous les soins qui ont été prodigués à la jeune femme pour la rappeler à la vie ont été inutiles, et c'est sans avoir repris ses sens qu'elle a été transportée, sur l'ordre de M. Cornette, commissaire de police, à l'hôpital Lariboisière, où elle a été admise salle Bernutz. (*Le Français*, numéro du lundi, 31 décembre 1900.)

29. *Tentative de suicide.* — Une malheureuse femme qui, depuis longtemps, donnait des signes manifestes de dérangement cérébral, M<sup>me</sup> Lucie Martin, âgée de quarante et un ans, demeurant 63, rue Notre-Dame-de-Nazareth, prenait la résolution, hier, d'en finir avec la vie.

Elle imagina, dans ce but, une mise en scène assez compliquée.

Après avoir ouvert tout grands les becs de gaz de l'escalier, elle se suspendit par les mains à la rampe, laissant son corps se balancer dans le vide. Mais, sentant qu'elle allait lâcher prise, elle se mit à pousser des cris désespérés qui eurent pour résultat de faire accourir les locataires de la maison.

On la retira de la position périlleuse où elle s'était volontairement mise; mais comme il importe que la tranquillité des voisins ne soit pas troublée à l'avenir par quelque excentricité de ce genre, M. Doray, commissaire de police, s'est occupé de trouver à la pauvre inconsciente un asile où elle puisse être mieux surveillée. (*Le Français*, numéro du lundi, 31 décembre 1900.)

#### TRIBUNAUX

*Un médecin qui, de bonne foi, a délivré un certificat ayant permis de faire interner un individu non aliéné est-il civilement responsable de cette séquestration arbitraire? — La jurisprudence a consacré d'une façon à peu près définitive que le*

médecin ne saurait être considéré comme responsable d'une erreur involontaire de sa part, à moins que cette erreur n'ait sa source dans une faute lourde ou une négligence grave. C'est ce principe que la Cour d'appel de Caen vient d'appliquer récemment dans une affaire qui nous paraît de nature à intéresser tous les praticiens.

Un médecin avait été appelé pour constater par certificat la nécessité d'interner une de ses clientes dans un asile d'aliénés; trompé par les dires intéressés de la famille, et trouvant la personne en question dans un accès de colère qui s'était traduit par quelques actes de violence, il n'avait pas hésité à signer le certificat demandé; sur les démarches de la famille, l'autorité administrative ordonna aussitôt le placement; mais les médecins de l'asile où la prétendue malade avait été reçue ne tardèrent pas à reconnaître qu'elle était saine d'esprit, et elle fut remise en liberté au bout de huit jours. A raison de ces faits, elle avait assigné devant le tribunal civil de Caen, en paiement de dommages-intérêts, un de ses parents, M. Y..., et le docteur X..., auteur du certificat. Notre confrère fut mis hors de cause par un jugement dont voici les principaux considérants:

« Attendu que rien ne démontre que le docteur X..., en délivrant l'attestation dont il vient d'être parlé, ait commis l'erreur que lui reproche la demanderesse;

Qu'il est possible que celle-ci, au moment de la visite du 22 août, ait été en proie à une crise oblitérante, d'une façon momentanée, de ses facultés intellectuelles;

Que cette supposition est même assez vraisemblable, si l'on considère qu'en arrivant dans sa chambre, le docteur l'a trouvée entourée de débris d'un meuble et de vases qu'elle avait brisés;

Qu'à toutes les questions qu'il lui posa, elle lui répondit d'une façon incohérente, prononçant uniquement les mots suivants: « Canaille... Voleur... Assassin... »;

Que le docteur devait avoir d'autant plus de confiance à toutes les explications qui lui furent alors fournies par M. Y..., neveu de la malade, que, plusieurs semaines auparavant, appelé auprès de la même malade, il l'avait trouvée entourée des soins les plus affectueux de la part de sa famille;

Qu'en admettant même l'hypothèse que le D<sup>r</sup> X... se soit trompé dans son diagnostic et ait pris pour un dérangement momentané ce qui n'était en réalité qu'une crise de violente colère, l'erreur qui aurait été commise par lui ne saurait engager sa responsabilité;

Qu'il résulte, en effet, des circonstances qui viennent d'être rappelées, qu'il a agi avec la plus entière bonne foi;

Qu'il ne peut, dès lors, être légalement passible d'une erreur qu'il aurait commise dans de pareilles conditions;

Que le système contraire, s'il était admis, aboutirait à créer contre les médecins un principe de responsabilité en dehors du droit commun ;

Qu'il offrirait le grave inconvénient d'obliger les tribunaux à prendre parti dans les questions, parfois si controversées, de l'art médical, mettant ainsi une entrave au libre exercice d'une profession éminemment utile ;

Qu'il y a donc lieu de dire à tort l'action dirigée contre le docteur X... »

Appel ayant été interjeté, la Cour de Caen n'a pas adopté les motifs des premiers juges, et, estimant que l'unique examen de la malade qui avait suffi au docteur X... pour établir son certificat avait été notoirement insuffisant, elle a rendu l'arrêt suivant :

« Considérant que Y..., pour se soustraire aux demandes réitérées de remboursement formulées par sa tante avec une insistance pressante d'abord, puis avec une irritation extrême suivie d'injures et de quelques violences, imagina de faire interner sa parente en la faisant passer pour folle ;

Qu'il s'adressa, dans ce but, au docteur X..., qui, après une visite de quelques minutes seulement, au cours de laquelle il constata que la demoiselle Z... avait brisé une chaise et un vase de nuit, délivra à Y... un certificat attestant que sa tante était atteinte de manie furieuse et devait être internée, pour y être soignée, dans une maison d'aliénés ;

Que, sur le vu de ce certificat, le préfet du Calvados ordonna, le 23 août, l'internement de la demoiselle Z..., et qu'il fut procédé à cet internement dès le lendemain par la voie administrative ;

Qu'après une mise en observation d'une durée de sept ou huit jours, la demoiselle Z... a été remise en liberté par l'autorité préfectorale, sans que les médecins attachés spécialement à l'asile aient pu constater chez elle ni un phénomène délirant, ni une surexcitation anormale quelconque ;

Que le D<sup>r</sup> X... ne méconnaît pas l'exactitude des faits ci-dessus exposés et se borne à exciper de sa bonne foi ;

Mais considérant que le D<sup>r</sup> X... ne saurait échapper à la responsabilité de ses actes d'imprudence, de négligence, de légèreté et de méprise grossière qui ont causé à la demoiselle Z... un sérieux préjudice ;

Que, quelle qu'ait été sa bonne foi, il a eu tort d'accorder une confiance aveugle aux récits intéressés des époux Y... qui lui ont représenté leur parente comme dangereuse pour leur sûreté personnelle et l'ordre public ;

Qu'il n'a constaté ni précisé aucune manifestation extérieure

de la manie furieuse attribuée par son certificat non motivé à la demoiselle Z...;

Qu'il est d'autant plus inexcusable de s'être ainsi trompé qu'il connaissait de longue date la demoiselle Z... et qu'il savait qu'elle n'avait jamais donné le moindre signe d'aliénation mentale;

Qu'il a formé sa conviction sur les seuls dires des époux Y..., sans soumettre la demoiselle Z... à un examen ou à une observation quelconques, et sans chercher à vérifier la vérité et la portée des faits qui lui étaient racontés;

Que le D<sup>r</sup> X... a encore aggravé sa responsabilité en n'essayant même pas de s'assurer par une seconde visite si l'état de surexcitation de la demoiselle Z... n'était pas un état passager et tout à fait accidentel;

Condamne le D<sup>r</sup> X... à payer 2.000 fr. à titre de dommages-intérêts au profit de la demoiselle Z...

#### CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

##### *Session de Limoges (1901).*

Le prochain Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra au mois d'août à Limoges sous la présidence de M. GILBERT BALLET.

Les questions qui y feront l'objet de rapports sont les suivantes :

1° *Pathologie nerveuse.* — Physiologie pathologique et pathogénie du tonus musculaire; des modifications des réflexes et de la contracture dans les lésions du névraxe. — Rapporteur : M. CROCQ (de Bruxelles);

2° *Pathologie mentale.* — Du délire aigu au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique. — Rapporteur : M. CARRIER (de Lyon);

3° *Administration des asiles d'aliénés.* — Le personnel secondaire dans les asiles d'aliénés. — Rapporteur : M. TAGUET (de la Maison-Blanche).

Les dispositions sont prises pour que les rapports soient adressés aux adhérents du Congrès pour le 1<sup>er</sup> juillet au plus tard.

*Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.*

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



---

Psychologie morbide.

---

HISTOIRE  
DES  
SUGGESTIONS RELIGIEUSES  
DE FRANÇOIS RABELAIS

Par le Dr Charles BINET-SANGLÉ

*Suite et fin (1).*

---

CHAPITRE XIV

SECONDE SUPPLIQUE DE FRANÇOIS RABELAIS AU PAPE.  
— FRANÇOIS RABELAIS CHANOINE DE SAINT-MAUR-DES-  
FOSSÉS ET CURÉ DE SAINT-CHRISTOPHE-DU-JAMBET

Docteur en médecine depuis le 22 mai 1536, François Rabelais interpréta, en 1537 (40 ans), les *Prognostics* d'Hippocrate d'après le texte grec, à la Faculté

---

(1) Voir les *Annales* de juillet-août, septembre-octobre, novembre-décembre 1900 et janvier-février, mars-avril 1901.

de médecine de Montpellier, où son ami, l'hérétique Jean de Beyssonné, de passage en cette ville, alla l'entendre.

Ce fut aussi très probablement à cette époque qu'il fit la connaissance de Guillaume Pélicier, alors évêque de Montpellier, et qui plus tard fut arrêté pour hérésie.

L'abbaye de Saint-Maur-des-Fossés avait été, à la sollicitation de son abbé, Jean du Bellay, sécularisée et transformée en église collégiale par le pape. De ce fait les moines se trouvaient élevés au rang de chanoines. Mais François Rabelais, n'ayant pas été compris parmi les moines dans l'abbaye, ne pouvait prendre rang parmi les chanoines dans la collégiale. Il adressa donc, en 1539, au pape Alessandro Farnèse une nouvelle supplique, très analogue à celle que Geoffroy d'Estissac avait transmise de sa part au pape Giulio de Médici.

Autorisé déjà : 1° à reprendre le costume-bénédictin qu'il avait quitté, et à rentrer dans un monastère de cet ordre ; 2° à exercer la médecine sans employer le fer ni le feu, mais n'ayant pas été moine à Saint-Maur-des-Fossés, et voulant y être chanoine, « il supplioit très humblement Sa Sainteté de vouloir suppléer à ce deffant et de mettre sa conscience en paix, *tam in foro conscientie quam in foro contradictorio*. Et de luy accorder un indult sur ce sujet, qui le mist en estat de recevoir cette nouvelle grâce avec absolutions de tous ses manquemens. Et, afin que les degrés qu'il avoit receus de docteur en médecine ne lui fussent pas entièrement inutiles, et qu'aux occasions il pust rendre sa science fructueuse au public et au particulier, il supplioit encore très humblement Sa Sainteté de luy permettre de la pratiquer de mesme que s'il l'eust embrassée sous l'autorité du saint siège apostolique ; et finalement que les bénéfices qu'il avoit ou qu'il avoit eus fussent par luy possédez légitimement et canoniquement, comme s'il les

eust obtenus par la permission du même siège apostolique (1) ». Selon Rathery (2), Jean du Bellay pressa l'expédition des bulles, et François Rabelais « sans renoncer à la robe de docteur, dut endosser l'habit des bénédictins ». Thomas Corneille (3) atteste en effet qu'on montrait encore de son temps, à la collégiale de Saint-Maur, la chambre qu'il y avait habitée. De cette résidence François Rabelais allait souvent visiter Jean du Bellay, qui avait son château dans le voisinage, et parfois René du Bellay, évêque du Mans, auteur du missel de cette église.

D'ailleurs la collégiale de Saint-Maur ne le retint pas plus longtemps que la collégiale de Maillezais. Il n'y fit vraiment qu'acte de présence, pour s'assurer le canonikat et les bénéfices. A la fin de l'année 1539, il entra comme médecin au service de Guillaume du Bellay, passait le 18 décembre à Chambéry, où il revoyait l'hérétique Jean de Boyssonné, nommé conseiller dans cette ville, et faisait en 1540-1541 (45 à 46 ans) un séjour de plusieurs mois à Turin, où il recevait trois lettres du futur hérétique Guillaume Pélicier, alors évêque de Narbonne et ambassadeur de France à Venise, avec qui il entretenait d'ailleurs une correspondance assez suivie.

En 1542 (47 ans), René du Bellay lui conférait, dans son diocèse, la cure de Saint-Christophe-du-Jambet, dont il touchait les revenus sans être obligé à la résidence.

---

(1) Colletet. *Histoire des poètes français*, man. de la Bibliothèque du Louvre.

(2) E.-J.-B. Rathery. *Notice biographique sur Rabelais*, en tête de l'édition de ses Œuvres.

(3) Thomas Corneille. *Dictionnaire géographique*. Article *Saint-Maur*.

## CHAPITRE XV

LE TROISIÈME LIVRE DU ROMAN RABELAISIEEN DÉNONCÉ  
PAR LA FACULTÉ DE THÉOLOGIE

En cette année 1542, Etienne Dolet, arrêté et convaincu d'hérésie pour la seconde fois, fut pour la première fois condamné au supplice du feu. Cette condamnation ne fut certes pas sans influence sur les retouches que François Rabelais fit, cette même année, subir aux deux premiers livres de son roman. Il en publia des éditions expurgées, effaçant les épithètes injurieuses pour les théologiens de la Sorbonne, remplaçant des noms bibliques et des noms d'écrivains sacrés entremêlés de joyusetés par des noms mythologiques et par des noms d'écrivains profanes, biffant des phrases plus ou moins hérétiques, désavouant même Etienne Dolet qui avait rétabli quelques passages dangereux. Pas plus que Jean de Boyssonné, dont il recevait encore une lettre le 10 juillet 1543, et pas plus que Clément Marot, François Rabelais ne se sentait l'étoffe d'un martyr.

D'ailleurs il restait bien en cour, où Pierre Duchâtel, évêque de Tulle et lecteur du roi, servait ses intérêts, et, en 1545, il obtenait de François Witikind un privilège pour l'impression de son troisième livre, qu'il publia en 1546 (51 ans). Rendu audacieux par ce privilège, il signa ce livre, non Alcofribas Nasier comme les précédents, mais François Rabelais. Et dans le prologue il s'écrie : « Arrière cagotz ! Aux onailles, mastins ! Hors d'icy, caphards de par le diable, hay ! Estes vous encore là ? je renonce ma part de Papimanie, si je vous happe. Grr, grrr, grrr ! Devant ! devant ! Iront-ils ? Jamais ne puissiez-vous fianter qu'à sanglades d'estri-vières ! Jamais pisser que à l'estrapade, jamais eschauffer



qu'à coups de baston ! » Ce n'est pas eux certes qu'il invitera à boire de son vin, « quoy que toussoient benveurs oultrez, tous verollez, croustelevez, garnis d'altération inextinguible, et manducation insatiable. Pourquoi ? Pource qu'ils ne sont de bien, ains de mal, et de ce mal duquel journellement à Dieu requérons estre délivrez : quoy qu'ils contrefacent quelquefois des gueux. Onques vieil singe ne fit belle moue. Arrière mastins ! hors de ma quarière : hors de mon soleil, canaille au diable ! » Ici encore il flagelle les moines. Mais aussi son théisme s'affirme dans cette phrase de Pantagruel : « Je scay assez que toute moynerie moins craint les commandemens de Dieu transgresser, que leurs statuts provinciaux (1) » ; et dans cette autre d'Hippothadée parlant des « très saints plaisirs » de Dieu : « Le bon Dieu nous ha faict ce bien qu'il nous les ha revelez, annoncez, déclairez et apertement descripts par les Sacrées Bibles (2). »

Les théologiens de la Sorbonne dénoncèrent au roi ce livre comme hérétique. François Witikind voulut le connaître, se le fit lire par Pierre Duchâtel, s'en amusa fort, et ne trouva aucun passage suspect. Mais il mourut en 1547, et François Rabelais, qui connaissait l'âpreté et la persistance des haines religieuses, et qui ne tenait pas à subir le sort d'Étienne Dolet, prit la fuite, et se réfugia à Metz. « *Tempora Rabelæsum ejerunt e Gallia* », écrivit Jean Sturm, recteur du Gymnase de Strasbourg.

Metz, alors république communale neutre sous la suzeraineté de Charles Guntranm (3) (Charles Quint), comptait alors plusieurs savants et littérateurs remarquables. Le protestantisme y avait fait tant d'adhérents, qu'en 1542 un réformé y avait été élu maître-échevin.

(1) III, 19.

(2) III, 30.

(3) Le premier ancêtre connu de la maison de Habitschburg Habsbourg) s'appelait Guntranm.

Cependant, en cette année 1547, l'exercice public du culte et la vente des livres protestants venaient d'y être interdits. François Rabelais y fut en détresse. Il écrivait à Jean du Bellay : « Monseigneur, si vous n'avez de moy pitié, je ne sache que doive faire, sinon en dernier désespoir m'asservir à quelqu'un de par deçà, avec dommage et perte évidente de mes estudes. »

## CHAPITRE XVI

### FRANÇOIS RABELAIS CURÉ DE MEUDON

Ce fut en 1548 et en 1549 (53 et 54 ans) que parurent à Grenoble et à Lyon, les onze premiers chapitres du quatrième livre du roman rabelaisien. Ils étaient précédés d'un prologue (ancien prologue), où l'on lit : « Or ça, de par Dieu, jamais rien ne faisons que son très sacré nom ne soit premièrement loué. » Toujours théiste, on le voit, mais non moins hérétique, François Rabelais y fait ailleurs allusion au danger qu'il a couru, par cette simple phrase adressée à ses lecteurs : « Par réciproque déclaration, je dy et maintiens *jusqu'au feu exclusivement (entendez et pour cause)* que vous estes grands gens de biens » ; et il rappelle les attaques dont il a été victime de la part des « Caphards, Cagotz, Matagotz, Botineurs, Papelardz, Burgotz, Patespelues, Porteurs de rogatons, Chattemites..., calumniateurs de mes écripts... diables noirs, blancs..., diables engipponnés. »

En février 1549 (54 ans), nous retrouvons François Rabelais à Rome, en compagnie de Jean du Bellay, qui, lui aussi, avait dû quitter la France, à la suite de l'arrivée au pouvoir de son ennemi le cardinal Charles Etichon (1) (dit de Lorraine). Ce fut à cette époque

---

(1) Le plus ancien ancêtre connu des de Lorraine, s'appelait Etichon.

qu'un moine tourangeau, Gabriel de Puits-Herbault, publia son *Theotimus*, où François Rabelais était pris à partie, et représenté sous les traits d'un goinfre et d'un ivrogne, calomnie qui a fait fortune.

François Rabelais sut parer les coups dirigés contre lui, en tirant l'horoscope de Louis (duc d'Orléans), fils de Henri Witikind (Henri II), né en février 1549, horoscope erroné mais des plus favorables au prince, et en publiant, la même année, le récit des fêtes données à Rome, en l'honneur de cette naissance, par Jean du Bellay, qui, dans la circonstance, ne se montra pas moins habile politique que son médecin. Ces procédés permirent à François Rabelais de rentrer en France, « hors de toute intimidation (1) », et lui valurent un privilège de Henri Witikind pour l'impression de ses ouvrages, privilège qui fut signé le 6 août 1550, « le cardinal de Chastillon étant présent ».

On voit dans ce privilège que, d'après François Rabelais, « les imprimeurs auroient iceux livres corrompuz, dépravés et pervertis en plusieurs endroits », déclaration qui tendait à réduire à néant les aculations d'hérésie portées contre lui. Il était devenu prudent. Aussi Jean Calvin put-il écrire dans son *Traité des Scandales*, paru en 1550 : « Rabelais, des Périers, et beaucoup d'autres que je ne nomme pas pour le présent, après avoir goûté l'Evangile, ont été frappés d'aveuglement. »

Cet aveuglement permit du moins à François Rabelais d'être nommé, le 18 janvier 1550, curé de Meudon, par Jean du Bellay, évêque du Paris. Il est probable qu'il en fut de cette cure comme de celle de Saint-Christophe-du-Jambet, et qu'elle ne fut jamais pour lui qu'une source de revenus. Toutefois Antoine Leroy assure

---

(2) François Rabelais. Epître à Odet de Coligni (cardinal de Châtillon).

qu'à Meudon il « était fort exact à enseigner son peuple, et qu'il se plaisait à enseigner le plain-chant, qu'il possédait parfaitement (1) ». Il résigna ses deux cures le 9 janvier 1552 (57 ans).

## CHAPITRE XVII

### LE QUATRIÈME LIVRE DU ROMAN RABELAISIEEN CENSURÉ PAR LA FACULTÉ DE THÉOLOGIE

Dix-neuf jours après la résignation de ses cures, François Rabelais faisait paraître le quatrième livre de son roman. Ce livre était précédé d'une épître dédicatoire au cardinal Odet de Coligni (dit de Châtillon), qui plus tard embrassa ouvertement le calvinisme et se maria en robe rouge.

Dans ce livre, François Rabelais s'attaque particulièrement au pape. Pantagruel et ses compagnons descendent dans « la benoïste Ile des Papimanes ». Aussitôt les indigènes du pays les entourent : « L'avez-vous vengens passagers? L'avez-vous veu? — Qui? demandoit Pantagruel. — Celuy-là, respondirent-ils. — Qui est-il, demanda frère Jean. Par la mort bœuf, je l'assommeray du coup. Pensant qu'ils se guementassent de quelque larron, meurtrier ou sacrilège. — Comment, dirent-ils, gens peregrins, ne connoissez-vous l'unique? — Seigneur, dist Epistemon, nous n'entendons tels termes. Mais exposez-nous, s'il vous plaist, de qui entendez, et nous vous en dirons la vérité sans dissimulation. — C'est, dirent-ils, celluy qui est. L'avez-vous jamais veu? — Celluy qui est (répondit Pantagruel), par nostre théologique doctrine, est Dieu. Et en tel mot se déclaira à Moses. Onques certes ne le veismes, et n'est visible à

---

(1) Antoine Leroy. *Floretum philosophicum*.

œilz corporelz. — Nous ne parlons mie, dirent-ils, de celluy hault Dieu qui domine par les cieulx. Nous parlons du Dieu en terre. L'avez-vous oncques veu? — Ils entendent, dist Carpalim, du Pape, sus mon honneur. — Ouy, ouy, respondit Panurge, ouy dea, Messieurs, j'en ay veu trois. A la vue desquels je n'ay guières profité (1) ». Un peu plus loin l'évêque Homenaz, type du dévot fauatique et imbécile, nous sert la théorie du pape Hildebrand (Grégoire VII). Le pape, de par les Décrétales « doit à feu incontinent Empereurs, Roys, Ducs, Princes, Républiques, et à sang mettre, qu'ils transgresseront ung iota de ses mandemens ; les spolier de leurs biens, les deposséder de leurs Royaulmes, les proscrire, les anathématiser, et non seulement leurs corps, et de leurs enfans et parens aultres occire, mais aussi leurs âmes damner au parfond de la plus ardente chaudière qui soit en enfer » (2). Aussi Jean des Entommeures, qui s'est d'ailleurs donné des hémorroïdes en employant les *Clémentines* à un usage spécial, cite-t-il le quatrain suivant :

« Depuis que décretz eurent ales  
Et gens d'armes portèrent males,  
Moines allèrent à cheval,  
En ce monde abonda tout mal (3) ».

Ces décrétales, dit Epistemon, « tirent par chascun an de France en Romme quatre cens mille ducats et davan-taige. Est-ce rien? — Cela (dist Homenaz) me semble toutesfois estre peu, veu que France la très christiane est unique nourrice de la Court Romaine » (4). D'ail-leurs « qui ha fondé, pilotizé, talné, qui maintient, qui substance, qui nourrit les dévots Religieux par les con-

(1) IV, 48.

(2) IV, 50.

(3) IV, 52.

(4) Cette phrase est d'une piquante actualité.

vens, monastères et abbayes, sans les prières diurnes, nocturnes, continuelles desquels] seroit le monde en dangier evident de retourner en son antique Chaos? Sacres Decrétales. Qui faict et journellement augmente en abondance de touts biens temporels, corporels et spirituels le fameux et célèbre patrimoine de S. Pierre? Saintes Decrétales. Qui faict le S. Siège Apostolique en Romme de tout temps et aujourd'huy tant redoutable en l'Univers, qu'il fault ribon ribaine, que tous Roys, Empereurs, Potentats et Seigneurs pendent de luy, tiennent de luy, par luy soient couronnez, confirmez, autorisez, viennent là bouquer et se prosterner à la mirifique pantopfle, de laquelle avez veu le pourtraict? Belles Decrétales de Dieu (1) ».

L'auteur n'oublie pas non plus ses « enraigés Patherbes (2), Briffaulx, Caphars, Chattemittes, Canibales, et aultres monstres difformes et contrefaicts en despit de nature (3) ». Et il permet à Panurge, type de catholique orthodoxe et immoral, des plaisanteries équivoques sur le jeûne, la confession et la messe : « L'heure de my-jour est passée, dit l'évêque Homenaz, après laquelle nous défendent nos Sacres Décretals Messe chanter, Messe, dis-je, haulte et légitime. Mais je vous en diray une basse et seiche. — J'en aimerois mieulx, dit Panurge, une mouillée de quelque bon vin d'Anjou (4) ».

Voilà pour les religieux et les rites. Mais, dès qu'il s'agit de Dieu, du « très hault Dieu des cieulx (5), » le ton change. « Maintenons qu'il est tout-puissant (6) » dit-il. Et encore : « Je suis... sain et dégourt.... Tel est

(1) IV, 53.

(2) Gabriel de Puits-Herbault.

(3) IV, 32.

(4) IV, 49.

(5) IV, 64.

(6) IV, 42.

le vouloir du très-bon, très-grand Dieu ; onquel je acquiesce ; onquel je obtempere ; duquel je revere la sacrosainte parole de bonnes nouvelles (1). » « Humiliez-vous devant sa sacrée face et recongnoissez vos imperfections (2) ». « Devant nos ceïlz, fault la craincte de Dieu continuellement avoir (3), » dit Pantagruel, qui, pendant une tempête, après « avoir imploré l'ayde du grand Dieu Servateur et faicte oraison publicque en fervente dévotion », tient le gouvernail « fort et ferme (4) » et sauve le navire. « En telle ou telle heure, en telle ou telle façon mourir, dit Epistemon, est en la sainte volonté de Dieu (5). »

On le voit François Rabelais est resté théiste. Il est aussi resté chrétien, et Pantagruel nous parle avec dévotion du « grand servateur des fidèles qui feut en Judée ignominieusement occis par l'envie et iniquité des Pontifes, docteurs, prebstres et moynes de la loi Moisaïque (6). » « A bon droict peult-il estre en langaige Grégeois dict Pan. Veu qu'il est nostre Tout, tout ce que vivons, tout ce que avons, tout ce que espérons est luy, en luy, de luy, par luy. C'est le bon Pan, le grand pasteur, qui, comme atteste le bergier passionné Coridon, non seulement ha en amour et affection ses brebis, mais aussi ses bergiers (7). »

On peut juger par ce passage de la profondeur des empreintes qu'avaient laissées dans le cerveau de François Rabelais les suggestions des moines, ses premiers maîtres, puisqu'après avoir étalé tous les vices de la société chrétienne, il adore encore celui qui l'a fondée.

(1) IV. Nouveau prologue.

(2) Id.

(3) IV, 16.

(4) IV, 19.

(5) IV, 23.

(6) IV, 28.

(7) Id.

Il est vrai qu'en revenir à Joshua et aux sources, était un progrès de son temps, où tous les ecclésiastiques, les papes en tête, eussent été condamnés par le juif révolutionnaire. Aussi le petit diable de Papefiguière déclare-t-il que, depuis Erasme et la Réforme, il ne trouve plus d'écoliers à prendre : « Ne scay par quel malheur depuis certaines années, ils ont avecques leurs études adjoinct les Saintes Bibles. Pour ceste cause plus n'en pouvons au diable l'ung tirer. Et croit que si les Caphards ne nous y aident, leur houstans par menaces, injures, force, violence et bruslemens leur Saint-Paul d'entre les mains, plus à bas n'en grignoterons (1). »

Si François Rabelais est luthérien, il n'est certainement pas calviniste, car, dans ce même livre, il parle des « démoniacles Calvins imposteurs de Genève » (2). Aussi Henri Estienne écrivait-il dans son *Apologie pour Hérodote* publiée en 1566 : « Quoyque François Rabelais semble estre des nostres, il jette souvent toutefois des pierres dans notre jardin. »

Au demeurant, dans son épître à Odet de Coligni, François Rabelais se défend comme un beau diable d'être hérétique.

Sans doute des calomniateurs avaient affirmé que ses livres, « tous estoient faits d'hérésies; n'en pouvoient toutefois une seule exhiber en endroit aulcun; de folastries joyeuses, hors l'offense de Dieu et du Roy, prou (c'est le subject et thème unique d'iceulx livres); d'hérésies poinct... Si meilleur Christian je ne m'estimois qu'ils ne monstrent estre de leur part; et que si en ma vie, escripts, parolles, voire certes pensées, je reconnoissois scintille aulcune d'hérésie, ils ne tomberoient tant détestablement ès lacs de l'esprit calomniateur,

---

(1) IV, 46.

(2) IV, 32.



c'est διαβολος, qui par leur ministère me suscite tel crime. Par moy-mêmes, à l'exemple du Phœnix, seroit le bois sec amassé, et le feu allumé, pour en icellui me brusler. » Ce sont là des déclarations qu'il ne faut pas prendre au pied de la lettre, comme nous l'a enseigné l'exemple de Jean de Boyssonné, d'Etienne Dolet et de Clément Marot.

Celle-ci n'empêcha pas la Faculté de théologie de censurer ce quatrième livre dès sa publication. Le 1<sup>er</sup> mars 1552, un arrêt du Parlement de Paris en suspendit la vente, malgré le privilège du roi :

« Attendu la censure faicte par la Faculté de théologie contre certain livre mauuais exposé en vente sous le titre de *Quatrième livre de Pantagruel*, avec privilège du roi..., la cour ordonne que le libraire sera promptement mandé en ycelle, et lui seront faictes défenses de vendre et d'exposer ledict livre dedans quinzaine pendant lequel temps ordonne la cour au procureur du roy d'advertir ledict seigneur roy de la censure faicte sur le dict livre par ladicte Faculté de théologie, et lui un double pour suyvre son bon plaisir. »

Mais, environ quinze jours après, le roi fit lever cette interdiction.

## CHAPITRE XVIII

### MORT DE FRANÇOIS RABELAIS

François Rabelais mourut probablement l'année suivante, en 1553 (58 ans). Il laissait les matériaux du cinquième livre qui parut d'abord partiellement, puis en entier en 1564. Après une dernière imprécation contre « cette hideuse, morveuse, catarrheuse, vermolue cagotaille » (1), l'auteur nous introduit dans l'Ile Son-

---

(1) V. Prologue.

nante, qui représente l'Eglise. Cette ile n'est habitée que par des oiseaux. « Les caiges étoient grandes, riches, somptueuses et faictes par merveilleuse architecture ». Quant aux habitants, « à les veoir de prime face, eussiez dit que feussent hommes; toutefois *ne l'étoient mie*, selon l'instruction de maistre Ceditüe nous protestant qu'ils n'estoient ny séculiers, ny mondains. Aussi leur pennaige nous mettoit en resverie, lequel couleurs avoient tout blanc, aultres tout noir, aultres tout gris, aultre my-party de blanc et noir, aultres tout rouge, aultres party de blanc et bleu : c'était belle chose de les voir. Les masles il nommoit *Clergaux Monagaux, Prestregaux, Abbegaux, Evesgaux, Cardingaux*, et *Papegaut*, qui est unique en son espèce. Les femelles, il nommoit *Clergesses, Monagesses, Prestregesses, Abbegesses, Evesguesses, Cardingesses, Papegesses* » (1). Des cloches sont suspendues au-dessus des cages. Dès qu'elles entrent en branle, les oiseaux se mettent à chanter. Parmi eux se trouvent les « Capucingaux, plns tristes, plus maniaques et plus fascheux qu'espèce qui fut en toute l'Isle » (2). Ces oiseaux, qui viennent du monde des laïques de *Jour sans pain* et de *Trop d'itieulx*, « ordinairement sont bossus, borgnes, boiteux, manchots, podagres, contrefaits et malecifiez, *poids inutile de la terre* » (3). » « Mais, demandoit Pantagruel, ces beaux oyseaulx ici une fois advolez, retournent-ils plus jamais au monde où ils furent ponnus? Quelques-uns, répondit Ceditüe... Et tous avant que revoler ont leur pennaige laissé parmi ces orties et espines » (4). » Allusion de l'auteur à son apostasie, dont il ne paraît guère se repentir. Parmi ces oiseaux sont les chevaliers des

(1) V, 2.

(2) V, 3.

(3) V, 4.

(4) Id.

ordres religieux, « croute-levez et touts mangez de grosse vérolle (1). »

Frère Jean des Entommeures demande à Cedituë : « En cette Isle vous n'avez que caiges d'oyseaulx. Ils ne labourent, ne cultivent la terre. Toute leur occupation est gaudir, gazoniller et chanter. De quel pays vous vient cette corne d'abondance, et copie de tant de biens et frians morceaux? — *De tout l'autre monde*, respondit Cedituë, exceptez moy quelques contrées de régions Aquilonaires (2), lesquelles depuis quelques certaines années ont meu la Camarine. Chou, dist frère Jean, ils s'en repentiront dondaine, ils s'en repentiront dondon. Beuvons amis. Mais de quel pays estes-vous (demanda Cedituë)? — De Touraine, respondit Panurge. — Vrayment, dit Cedituë, vous ne fustes oncques de maulvaise pie convez, puisque vous êtes de la benoïste Touraine. De Touraine, tant et tant de biens annuellement nous viennent, que nous fust dict un jour par gens du lieu par-cy passans, que le Duc de Touraine n'ha, en tout son reveu, de quoi son saoul de lard manger, par l'excescive largesse que ses prédécesseurs ont fait à ces sacro-saints oyseaulx, pour icy de Phaisans nous saouller, de Perdreaulx, de Gelinotes, poulles d'Inde, gras chappons de Loudunois, venaison de toutes sortes, et toutes sortes de gibier. Beuvons, amis; voyez cette perchée d'oyseaulx, comment ils sont douillets et en bon point des rentes qui nous en viennent... N'ayez paour que vin et vivres icy faillent, car *quand le ciel serait d'airain et la terre de fer*, encore vivres ne nous fauldroient, feust-ce par sept, voire huict ans, plus longtemps que ne dura la famine en Egypte (3). »

(1) V, 5.

(2) Les pays qui s'étaient détachés de l'Eglise romaine.

(3) V, 6.

Enfin Œdituë fait voir aux voyageurs l'oiseau unique, le Papegaut « accompagné de deux petits Cardingaux (1), et de six gros et gras Evesgaux. Panurge curieusement considéra sa forme, ses gestes, son maintien. Puis s'escria à haulte voix, disant : En mal an soit la beste. Il semple nne duppe (2). » Et il ajouta : « Il y ha, par Dieu, de la pipperie, fripperie, et ripperie tant et plus en ce manoir. | »

Un instant après il veut réveiller d'un coup de pierre un evesgau qui ronfle bruyamment tandis qu'une abbegesse s'évertue à chanter à ses côtés. « Mais Œdituë s'escria disant : Homme de bien, frappe, feris, tue et meurtris tous Roys et princes du monde, en trahison, par venin, ou autrement ; quand tu voudras dénicher des cieulx les Anges, de tout auras pardon du Papegaut : à ces sacrez oyseaulx ne touche. »

Tel était, au moment de sa mort, l'état d'esprit du François Rabelais.

En 1587, un médecin poitevin, Pierre Boulanger, publia une épigraphe latine où le grand satiriste est jugé sous son véritable jour :

« Sous cette pierre est couché le premier des diseurs de bagatelles... Quiconque a vécu de son temps savait à quoi s'en tenir sur ce railleur connu de tous et aimé de tous... Ce ne fut point un bouffon, ni un charlatan de place publique, mais un homme qui, grâce à la pénétration de son esprit d'élite, saisissait le côté ridicule des choses humaines..., un nouveau Démocrite qui se riait des vaines terreurs, des espérances non moins vaines du vulgaire et des grands de la terre, ainsi que des labeurs anxieux qui remplissent cette courte vie.

(1) Le pape Alessandro Farnèse avait fait ses petits-fils cardinaux à seize ans.

(2) V, 8. Huppe. Allusion à la tiare.

« Et pourtant on n'aurait su trouver un homme plus savant que lui, alors que, laissant la raillerie, il lui plaisait d'aborder les choses sérieuses. Sans affecter l'air rébarbatif d'un docteur, il en avait au besoin la solidité. S'agissait-il de résoudre les questions les plus difficiles, vous eussiez dit que la nature avait ouvert pour lui son sein mystérieux. Tout ce qu'ont produit la Grèce et l'Italie lui était familier, et ses discours éloquents frappaient d'admiration tous ceux qui n'avaient pas deviné le savant sous ses mordantes railleries et ses ironies magistrales. »

Et en effet, si François Rabelais se dégagea peu à peu, comme on a pu le voir au cours de cette étude, de la plus grande partie des erreurs (hypotheses fausses ou prises pour des vérités) qui, dès sa plus tendre enfance, s'étaient, par le moyen de suggestions incessantes, imprimées dans son cerveau, il le dut à sa science et à son intelligence, au nombre, à l'activité, à la bonne répartition et à la cohésion de ses neurones cérébraux, à l'excellente constitution dont sa gaité n'était qu'un signe, et, d'un mot qui s'applique au cerveau aussi bien qu'aux autres organes, à sa belle santé.

---

---

# Pathologie

---

## LA FOLIE DES FOULES

NOUVELLE CONTRIBUTION  
A L'ÉTUDE DES FOLIES ÉPIDÉMIQUES AU BRÉSIL.

Par le Dr NINA RODRIGUES

Professeur de médecine légale à la Faculté de Bahia.

*Suite* (1).

---

### V

Dans les cas plus complexes de contagion lente, dans les multitudes délirantes, dans les sectes religieuses fanatisées, etc., le caractère vésanique de l'état délirant est moins apparent. Mais il est toujours facile d'établir les formes de transition qui, à partir de la folie à deux, permettent d'arriver aux cas de véritables folies épidémiques.

Immédiatement et au-dessus de la folie à deux, il faut placer les cas de contagion *domestique* où le délire embrasse trois, quatre, cinq personnes et plus. Par le nombre d'individus atteints, ces cas s'acheminent vers les conditions endémiques, mais cependant conservent encore les caractères de la folie à deux, puisque la nature de l'hérédité mentale porte à croire qu'ils s'agit d'individus touchés de la même prédisposition morbide.

Un état supérieur à celui-ci et bien défini, c'est celui

---

(1) Voir les *Annales* de janvier-février et mars-avril 1901.

que représentent les petites épidémies qui éclatent dans les corporations religieuses, dans les cloîtres, où la lucidité apparente des personnes frappées par la contagion alterne avec de franches manifestations d'hystérie, et qui met hors de doute la nature morbide des accidents. Ici, les conditions de milieu, la vie en commun, où l'esprit mystique est continuellement alimenté par les pratiques religieuses de tous les jours, développent au plus haut point les prédispositions nerveuses des reclus, et la névrose ainsi préparée représente les liens qui dans la contagion domestique étaient représentés par une hérédité vésanique similaire. Mieux que dans les cas précédents, on ne peut déjà plus admettre que la contagion n'ait d'autre effet que de reproduire, comme dans les grandes épidémies vésaniques, un état mental spécial, un délire particulier, le délire religieux, par exemple, qui peut être présenté, soit par de vrais aliénés, soit par des prédisposés, par des dégénérés, soit encore par des malades atteints de grandes névroses.

Nous rappellerons le cas survenu en Italie, l'affaire du *libro del commando* (1), où l'état délirant des agresseurs, qui s'étaient entendus pour voler avec violence un soi-disant livre de magie, a été vérifié et confirmé par Tamburini; la transmission par l'hérédité ne pourrait être invoquée que pour trois d'entre eux; les affinités qui les avaient tous réunis étaient en fait les effets de la dégénérescence dont tous étaient frappés. Les cas les plus éloquents par leur simplicité sont ceux de quelques petites épidémies que l'on pourrait, à cause du petit nombre de personnes atteintes, nommer familiales ou domestiques, mais qui, par leur composition, reproduisent rigoureusement les grandes folies collectives.

---

(1) René Semelaigne. La cause du *libro del commando*. Cas de folie à cinq. *Ann. méd.-psych.*, mai 1893.

C'est ce que démontre l'observation suivante. Il s'agit d'une épidémie domestique de folie qui s'est produite en 1885, à Taubaté (alors province, aujourd'hui État de Saint-Paul). Le D<sup>r</sup> Franco Rocha, directeur de l'hôpital des aliénés de Saint-Paul, et un des plus distingués médecins aliénistes brésiliens, m'a fourni le moyen de faire l'historique de cette épidémie, en en recueillant les matériaux dans la presse périodique de la ville qu'il habite,

OBS. II (1). — *Folie collective dans une séance de spiritisme à Taubaté.*

Un avocat de Taubaté se livrait avec sa famille à des pratiques de spiritisme. Les séances se répétèrent si fréquemment en 1885 qu'elles finirent par troubler la raison des personnes qui y prenaient part, créant ainsi un véritable délire collectif. Le 13 octobre, de grand matin, les croyants procédèrent à la célébration d'une cérémonie qu'ils nommèrent « Construction de l'arche de Noé ». Ils firent ensuite une petite procession qui se termina au fond de la cour où tous s'agenouillèrent sous un arbre, les mains jointes, et se mirent à entonner des cantiques religieux. Les esclaves, des enfants demi-nus et d'autres sectaires du spiritisme appartenant au meilleur monde de la ville accompagnaient la famille. Les femmes étaient déchaussées, avaient leurs chevelures flottantes et en désordre. L'aspect des petits enfants était cadavérique. Ces gens-là n'avaient pas mangé depuis trois jours !

On devait, ce même jour, immoler un des croyants ; son sang devait être bu par la communauté. La victime désignée paraissait résignée à son sort. On assure que les petits enfants étaient soumis à d'horribles tortures. On les jetait en l'air pour les rattraper pendant la chute ; très souvent ils atteignaient le sol. Mais la population, surprenant la communauté au matin, pendant les prières, arracha les pauvres petits êtres aux souffrances qu'on leur faisait endurer, malgré la résistance la plus

---

(1) D<sup>r</sup> Franco da Rocha. *Hospital de alienados de S. Paulo. Estatísticas*, 1896, p. 10.



vigoureuse opposée par les croyants. Quelques familles de la ville recueillirent ces malheureux enfants. Le chef de la secte, ainsi que plusieurs femmes qui étaient sorties tout échevelées dans la rue en poussant des cris, furent arrêtés et provisoirement emprisonnés.

A la tombée de la nuit, la communauté essaya de se réunir de nouveau dans la maison ; il ne manquait à la réunion que les femmes les plus exaltées, celles qui étaient détenues. Nouvelle intervention de la population qui obligea tout ce monde à se disperser. A ce moment, une négresse est prise d'une attaque (une crise hystérique, naturellement). C'était une esclave appartenant à un des croyants. Elle tombe, roule à terre et s'accroche à une jeune fille qu'elle veut absolument tuer, parce que, prétend-elle, elle en a reçu l'ordre de saint Lucas.

Les femmes recueillies à la prison sont prises pendant la nuit d'une violente agitation maniaque ; elles se livrent aux plus grands excès, lacèrent leurs vêtements et en viennent à briser une cloison en planches qui séparait les pièces. L'agitation fut telle qu'on dut lier les poignets à l'une d'elles. Il fallut réclamer l'admission à l'hôpital de quelques-unes de ces femmes, quoique les accès délirants dont elles étaient frappées fussent moins violents.

Il ressort de cette observation que les individus prédisposés, qui, placés sous l'influence et la pression d'un milieu extrêmement suggestif, présentèrent le même délire, tiraient évidemment leur prédisposition de conditions mentales différentes. Quelques-uns étaient peut-être de vrais aliénés, beaucoup étaient des dégénérés ou simplement des névropathes ayant reçu le délire par contagion mentale ; mais la plupart étaient certainement hystériques. Marandon de Montyel met en relief la résistance que les domestiques et les parents par alliance, qui ne sont pas du même sang, opposent à la contagion mentale, à laquelle ils ne succombent que lorsqu'ils possèdent une prédisposition personnelle. C'est bien certainement ce qui a eu lieu dans le cas précité, avec les esclaves, ainsi que le prouve l'accès franchement hystérique qui a frappé l'une d'elles.

Tout en rappelant ses propres observations sur une série de cas de folie survenus à la suite de pratiques spiritistes, le D<sup>r</sup> Franco Rocha fait remarquer très judicieusement que ces cas n'apportent aucune lumière particulière sur la pathologie mentale ; ce sont des hystériques qui ont des attaques, accès de manie transitoire, délires systématisés ; ce sont des dégénérés qui délirent aussi avec la plus grande facilité ; ce sont des prédisposés, enfin. Seulement, sous l'influence du milieu suggestif, un véritable état de foule morbide se constitue et met à l'unisson tous les aliénés, en dirigeant leurs délires dans un sens spécial et en leur donnant les traits épidémiques dominants.

Si c'est là la composition des grandes épidémies, il est facile d'y trouver la preuve que la contagion mentale ne développe pas un simple état hypnotique, mais qu'elle provoque au contraire une vraie maladie.

A cause de leur simplicité relative, les cas les plus instructifs sont ceux que présentent les épidémies convulsionnaires, où les désordres moteurs coexistent avec un état mental parfaitement lucide et une apparence normale.

Quel exemple plus éloquent pour démontrer la nature morbide de ces épidémies purement motrices, que celui qui nous est fourni par l'épidémie d'abasia-choréiforme dont nous allons parler ?

Une affection nerveuse, un syndrome hystérique, parfaitement étudié et bien connu, constituait sa forme clinique par excellence. Sa transmission psychique est indiscutable, mais on ne saurait reconnaître dans chaque individu frappé de la contagion par imitation un simple hypnotisé ; chaque personne atteinte était, au contraire, un vrai malade qu'il fallait soigner comme si en lui se trouvait le foyer de la suggestion, point initial de l'épidémie.

OBS. III (personnelle). — *Abasie-choréiforme épidémique ayant sévi dans le nord du Brésil.*

En 1883, la municipalité de Bahia institua une commission médicale chargée d'étudier une épidémie de chorée qui s'était déclarée dès l'année précédente dans un des faubourgs les plus fréquentés de la ville. D'après l'avis de la commission publié par la *Gazeta medica da Bahia* (1), la maladie régnante n'était pas autre que la chorée épidémique sous les formes les plus bénignes.

Le D<sup>r</sup> Souza Leite (2) en mettant à contribution les études de Charcot et de ses disciples, et en s'appuyant sur d'excellentes observations, a démontré, en 1888, que la maladie épidémique de Bahia était, à n'en pas douter, l'abasie choréiforme.

En 1890, mon collègue et ami, M. le professeur Alfredo Britto (3), et moi (4), nous avons essayé de compléter l'histoire de cette épidémie, en nous occupant séparément, dans deux mémoires distincts, lui, de la partie clinique, moi, de la partie hygiénique.

Au vrai, l'épidémie avait commencé en 1877 dans la ville de Saint-Luiz de Maranhão, où elle s'est développée avec une grande intensité pendant les années suivantes, prenant ensuite un caractère franchement endémique avec recrudescence chaque année, au commencement de la saison hivernale, époque à laquelle revient également le bérubéri endémique.

Ce n'est qu'en 1882 que la maladie fit son apparition à Bahia, dans le faubourg d'Itapagipe, en débutant par quelques cas qui se multiplièrent à la fin de l'année et au commencement de l'année suivante, à l'occasion des fêtes populaires qui attirèrent et font affluer sur ce point une grande partie de la population.

Pendant les années 1883, 1884 et 1885, la maladie sévit dans toute la ville et ses environs sous la forme d'une violente épidémie. Elle prit ensuite, de même que dans le Maranhão, un

---

(1) *Choreomania (Gazeta medica da Bahia, 1888).*

(2) Souza Leite. *Etudes de pathologie nerveuse.* Paris, 1889.

(3) Alfredo Britto: *Contribuição p. o. estudo da astasia-abasia neste estado (Bahia).* Bahia, 1890.

(4) Nina-Rodrigues: *Abasia-choreiforme epidemica no norte do Brasil. Brazil Medico,* 1890.

caractère endémique, et encore aujourd'hui des cas sporadiques sont fréquemment observés.

L'abasia-choréiforme s'associe tout naturellement à bien d'autres manifestations hystériques. Des cas d'abasia paralytique et différentes formes de chorée rythmique ont été observés; la Commission assure qu'il lui a été donné d'en voir quelques-uns et l'auteur de ces lignes en a également vu. Mais les cas où les manifestations convulsives de l'hystérie se sont associés à la maladie régnante ont été de beaucoup les plus fréquents.

Néanmoins la forme clinique par excellence de l'épidémie a été l'abasia-choréiforme, telle que l'a si magistralement décrite Charcot; à peine pouvait-on y découvrir des modalités créées par l'intensité des symptômes.

Le D<sup>r</sup> Britto, dont le travail ne laisse rien à désirer à cet égard, a admis quatre groupes : le premier, constitué par la grande majorité des cas, comprend les malades qui ployaient alternativement et d'une façon très prononcée tantôt un genou tantôt l'autre, sans que le tronc prît une part manifeste à ce mouvement; de très légers mouvements de flexion et d'extension simplement communiqués se faisaient seulement remarquer. Le deuxième groupe comprend les cas plus intenses où les mouvements secondaires compensateurs des membres supérieurs et de la tête destinés au maintien de l'équilibre contribuaient à leur tour à rendre plus anormal l'aspect de la locomotion. Dans le troisième groupe se trouvent rangés les cas présentant une flexion insignifiante de l'un ou de l'autre genou. Dans le quatrième enfin, et dans une proportion égale aux cas compris dans le troisième groupe, sont classés les cas assez rares où la flexion et l'extension consécutive des cuisses sur les genoux et du tronc sur les cuisses étaient aussi accentués et où les mouvements compensateurs de la tête et des membres supérieurs étaient si exagérés, qu'à chaque pas les malades faisaient un petit saut. Dans ce même groupe le D<sup>r</sup> Britto comprend une espèce à part : ce sont les cas encore plus rares où les mouvements anormaux produits chez le malade, chaque fois qu'il touchait le sol, déterminaient un mouvement giratoire qui lui faisait exécuter une ou deux rotations après lesquelles il tombait presque toujours.

Je me bornerai à ajouter à cette division le développement que le type sautillant a acquis au Maranhão où l'on voyait souvent des malades soutenus par deux personnes, qui avançaient

lentement dans leur marche rythmique, s'arrêtaient tout à coup et se trouvaient obligés de faire sur le lieu même une série de sauts, appuyés sur un long bâton. La crise cédaient enfin à un moment donné et le malade poursuivait sa marche pour être de nouveau atteint d'un accès semblable un peu plus loin.

Les manifestations de l'état mental n'ont pas été de nature à frapper l'attention, si ce n'est par le degré d'extrême suggestibilité développée. Grâce à l'efficacité de la psychothérapie par la suggestion hypnotique, c'est un fait aujourd'hui bien connu de la grande majorité de nos médecins.

Cette épidémie montre bien la différence qu'il y a lieu d'établir entre la contagion mentale et son mécanisme psychologique, la suggestion.

On a vainement cherché le malade qui, atteint le premier, a été le point de départ, l'origine de l'épidémie à Bahia. Toutefois, et bien que cela ne soit pas absolument prouvé, on est porté à voir le point initial chez un de nos praticiens de tempérament très nerveux qui, quoique malade, continua à visiter sa nombreuse clientèle dans le faubourg d'Itapagipe. Un autre de nos confrères affirme que le premier cas s'est déclaré chez un de ses clients.

En tout état de cause, il ne faut pas oublier que quelques années auparavant la maladie avait éclaté sous la forme épidémique dans le Maranhão, mais je ne crois pas que de là elle ait été importée à Bahia ; cela aurait éveillé l'attention et provoqué des mesures qui permettraient d'établir la filiation.

L'intervention suggestive du bérubéri a été à mon avis beaucoup plus puissante. A Bahia, aussi bien que dans le Maranhão, l'histoire de l'abasia choréiforme s'est intimement liée à celle du bérubéri, en prenant ici le nom de *bérubéroïde* et là-bas celui de *bérubéri à danser* et de *bérubéri à sauter*. L'association des deux affections a même été si fréquente que le D<sup>r</sup> Pierrelevée, du Maranhão, me dit, dans une lettre qu'il m'écrivit, qu'il

croyait que l'abasia choréiforme n'était que la phase initiale d'une forme spéciale du bérubéri. Or, s'il est vrai que dans certains cas les deux maladies ont coexisté chez le même malade, — ce qui est hors de doute, — l'association qui s'est faite dans l'esprit public a en pour cause principale la ressemblance éloignée que présente avec le syndrome hystérique la démarche du bérubérique.

Etant donnée la marche particulière du bérubéri, qui n'est autre que la marche en *steppage* des polynévrites si bien étudiée par Charcot ; étant donnée la prescription médicale fort préconisée à cette époque de soumettre les bérubériques à de longues promenades dans la ville, ce qui, au moment de la recrudescence endémique du bérubéri, remplissait les rues pendant les matinées et les après-midi de nombreux malades se traînant appuyés sur deux personnes ou même simplement sur une canne, on comprend aisément qu'il était impossible de trouver un modèle plus ressemblant d'une épidémie choréomanique.

Une autre cause qui a dû puissamment influencer à Bahia sur le développement de l'épidémie, c'est la prédominance numérique de la race noire et de ses métis dans notre population. J'ai démontré dans d'autres travaux (1) que les danses, et surtout les danses sacrées si passionnément aimées par les nègres, constituent un puissant agent provocateur de l'hystérie. Les contorsions auxquelles se livrent les nègres pendant ces danses ont déjà par elles-mêmes un caractère choréique, et l'on sait que sur plus d'un point de la ville ces exercices chorégraphiques ont été la source du développement ou de la recrudescence de la maladie ; on ne doit pas oublier

---

(1) Nina-Rodrigues. L'animisme fétichiste des nègres de Bahia. (*Revista Brasileira*, 1876 )

non plus que dans les deux villes brésiliennes où la maladie a pris de grandes proportions, Bahia et Maranhão, le nombre des nègres et de leurs métis est fort élevé.

Le rôle prépondérant de la suggestion dans le développement de la maladie est donc incontestable.

Mais il a fallu, bien certainement, quelque chose de plus que la simple suggestion pour faire passer la maladie à l'état épidémique.

On voit encore journellement dans nos rues des femmes atteintes d'abasia choréiforme traverser la ville d'une allure rythmique pour aller en pèlerinage à Santo Antonio da Barra. Et cependant l'épidémie a complètement cessé.

Il est vrai que les alarmes et les préoccupations causées par les manifestations épidémiques d'une maladie jusqu'alors inconnue, doivent avoir puissamment contribué à créer une attention expectante qui doit avoir forcément centuplé la puissance suggestive ; mais par cela on explique mieux les proportions qu'a prises l'épidémie que sa constitution même, attendu que cet état d'attention expectante n'a pu se développer qu'avec les progrès du mal et les mesures qui en ont été la conséquence. Ensuite si à Bahia la population a fini par se convaincre du peu de gravité de la maladie et s'est habituée à vivre dans son milieu, au Maranhão, au contraire, la population, dont l'esprit n'a pas encore séparé les deux affections qu'elle a identifiées, devient toujours craintive et pleine d'appréhensions aux époques qui amènent une recrudescence de bérubéri, et cependant l'abasia choréiforme est aujourd'hui aussi rare dans une ville que dans l'autre.

Nous devons, en conséquence, admettre que la maladie n'a pu atteindre la forme épidémique qu'avec le concours de certaines conditions psychologiques du

milieu social où elle s'est manifestée et qui ont donné à la suggestion le pouvoir de provoquer par la contagion morale la reproduction, la multiplication des cas, et que le développement d'une prédisposition vésanique ou névropathique généralisée par une situation biologique précaire bien caractérisée a été certainement la condition principale.

Ce fait n'est pas un cas particulier des épidémies psychiques à manifestations motrices, mais bien une règle générale des psychoses épidémiques. Dans cette psychose épidémique du moyen âge étrange et colossale que l'on a nommée les croisades, il y a eu des peuples qui ont échappé à la contagion formidable, grâce à leurs conditions psychologiques du moment. Sergi (1) fait remarquer que Michaud a trouvé que si les prédications d'Urbain II n'ont pas exercé la moindre influence sur les Italiens, cela est dû aux préoccupations mercantiles et aux luttes locales pour la liberté. Les préoccupations religieuses, germe et aliment de la psychose, étaient au second plan.

Si des épidémies simplement convulsionnaires nous passons aux cas plus complexes des épidémies vésaniques, où les désordres moteurs se lient déjà à des troubles délirants, la nature pathologique de ces manifestations devient plus évidente encore.

Les épidémies de ce siècle, telles que la maladie des prédications en Suède (1840); l'épidémie de Morzine dans la Haute-Savoie (1861); celle de Verzegnies (1858); les *revivals*, *Camp-meetings*, etc., se réduisent toutes en des manifestations liées, associées à des troubles moteurs et à des désordres psychiques qui en font de véritables aliénations mentales. La nature hystérique qui s'accuse chez les individus atteints et le rôle de la con-

---

(1) Sergi, *Psicosi epidemica*.



tagion dans la formation de ces épidémies sont aujourd'hui démontrés irréfutablement.

Telles sont les transitions graduelles au moyen desquelles nous pouvons arriver aux grandes épidémies vésaniques où les troubles moteurs se réduisent à un minimum ou bien disparaissent complètement en face des désordres psychiques de l'aliénation mentale.

Marandon de Montyel croit que dans ces épidémies la folie des tourbes est la folie communiquée. Si on donne à cette expression la signification restreinte que lui attribue l'auteur précité, son opinion est évidemment inacceptable. La constitution de ces épidémies est certainement plus complexe, ainsi que le prouve l'histoire, et nous pouvons encore mieux le vérifier dans les deux plus importantes épidémies de folie religieuse observées au Brésil.

*(A suivre).*

---

---

# DE LA VALEUR SOCIALE DES DÉGÉNÉRÉS

PAR MM.

**RÉMOND (de Metz)** et **Lucien LAGRIFFE**

Professeur à la Faculté de médecine,      Interne des hôpitaux,  
à Toulouse.

*(Travail de la clinique d'observation des maladies mentales.)*

*Suite et fin (1).*

---

## TROISIÈME GROUPE

OBSERVATION I. — V. A..., âgé de vingt-neuf ans, chapelier et célibataire, entre à la Clinique le 7 juin 1899, par décision préfectorale : le 6 juin 1899, il a été trouvé couché sur l'herbe et en chemise dans les environs de Toulouse ; il aurait donné sur sa tenue des explications « incohérentes », suivant l'expression familière à la force publique. Il est plus simple de faire remarquer qu'étant sorti le 4 juin de l'asile public d'aliénés, la guérison n'est sans doute pas complète.

Les quelques recherches que nous avons pu faire n'ont donné que des résultats négatifs en ce qui touche l'hérédité. Il est cependant bon de noter que V. A... descend par sa mère d'une famille de chapeliers, profession que son père et lui même exercèrent ; il y a là présomption d'une intoxication lente par les sels de mercure employés dans cette industrie.

Le grand-père maternel est mort d'asthme à soixante-douze ans.

Le grand'mère maternelle est morte âgée.

Du côté du père, les grands-parents étant morts depuis longtemps, nous n'avons pu avoir de renseignements.

---

(1) Voir les *Annales* de janvier-février, mars-avril 1901.

Le père, homme de caractère normal, bronchitique, est mort à soixante-trois ans d'affection inconnue.

La mère, aujourd'hui âgée de soixante-deux ans, est une femme au *caractère vif*, ordinairement bien portante, intelligente.

Il n'y aurait pas eu de vésanies dans la famille.

La mère a présenté cinq grossesses d'évolution normale et bien menées :

1° Une fille de quarante ans bien portante, mais vive et coléreuse ;

2° Fille de trente-sept ans, bonne santé habituelle, migraineuse, présentant des crises nerveuses, mariée et sans enfants, ayant fait une fausse couche à la suite d'une chute ;

3° Fille de trente-trois ans, bien portante, célibataire, menant une vie régulière ;

Le quatrième enfant fait le sujet de notre observation ;

5° Un garçon mort à dix-sept ans d'une fièvre typhoïde à forme ataxique au cours de laquelle il présenta du délire.

Par conséquent, par la mère, hérédité légèrement névropathique.

V. A... naît à terme à la suite d'un accouchement facile ; d'abord nourri au sein par sa mère, il est soumis de très bonne heure à l'alimentation solide, parle et marche à dix mois, fréquente l'école laïque de six à quinze ans, apprend facilement et reste classé dans une bonne moyenne.

Au sortir de l'école, il devient apprenti bijoutier pendant un an, puis devient chapelier ; toujours bien portant, il contracte deux blennorrhagies, l'une à dix-huit, l'autre à dix-neuf ans.

A vingt ans, toujours chapelier, il travaillait dans une maison occupée aussi par un marchand de vins. La bonne de ce trafiquant menait fréquemment V. A... dans la cave de son maître. Un jour de fête, pris de boisson, passant avec des amis devant sa maison de travail, il conduit la bande pour rendre visite à cette cave ; on marche mal, on fait du bruit, on est surpris et arrêté. La conclusion de cette algarade est une condamnation en correctionnelle à quinze jours de prison avec bénéfice de la loi Béranger. Naturellement, la flétrissure morale n'est pas effacée par la loi de sursis ; la loi de sursis n'est pas un pardon, c'est une indulgence conditionnelle, un prêt d'honnêteté pour cinq ans.

Sans travail, V. A... quitte Toulouse et se dirige sur Marseille. Il devient garçon dans une buvette où, pour un travail

de dix-huit heures, on lui donne la nourriture et le logement. Puis il redevient chapelier à 60 francs par mois. Mais il faut vivre. Après avoir obéi à la loi du travail, il faut obéir à la dure loi de la vie.

Ce que la société lui refuse, il va le prendre. La première fois, ivre, raisonnant mal, il a été voleur par occasion et surtout par inconscience ; le voici de nouveau voleur, mais voleur par nécessité : il vole la caisse de son patron et file sur Barcelone. Si le vol était chez lui une habitude, une nécessité quasi pathologique, il serait habile voleur ; il n'en est rien et il est encore honnête. Avec l'argent volé, il y a des titres ; il devrait les détruire, et si, déterminé à tout, il était vraiment criminel, il resterait en Espagne où il s'est réfugié ; il n'y a rien de tout cela : il renvoie les titres par l'intermédiaire du consulat, et bientôt lui-même rentre en France en 1891. Mais pourquoi revient-il à Marseille où il a volé, où il a été condamné à trois ans de prison par défaut, où il peut être reconnu, où il l'est effectivement et où on l'arrête ?

Il reste quatre mois enfermé, se conduit bien, et lui-même prétend que le milieu n'a pas déteint sur lui.

Nous sommes en 1892 : le voici au régiment où il pourrait passer inaperçu, se régénérer si le milieu est favorable, y puiser l'espoir d'une vie meilleure ; mais son casier judiciaire est là qui le guette, qui le marque ; ses antécédents vont servir de présomption ; il coudoie peut-être au régiment des malfaiteurs plus dangereux que lui, il en coudoie certainement qui ont eu l'habileté de ne pas se laisser prendre, il est indigne de servir avec eux. Comme on estime que la sélection presse, on le soumet à une illégale détention à la prison militaire en attendant son envoi dans un bataillon d'infanterie légère en Afrique. Là, il se conduit bien, contracte des fièvres, une arthrite du pied gauche et est libéré le 14 juillet 1895.

Il rentre à Toulouse, y demeure juste le temps de contracter trois chancres mous ; car, le travail ne marchant pas, il part pour Gaillac et y vend des portefeuilles dans les foires.

Un jour, dans la foule, une femme ne retrouve pas son mouchoir, l'accuse de le lui avoir volé : on l'arrête et, comme, suivant le mot dit *autrefois* par F. Coppée dans « Le remplaçant », « les antécédents tiennent lieu de preuves » ; il est condamné, quoique innocent et grâce à un faux témoignage, à un an de prison. Il purge sa peine à Fontevault où il se conduit bien.

Une fois libre, le voici à Orléans, puis à Toulouse, où sa famille refuse de le recevoir ; en août 1897, à Tarbes, il vole un porte-monnaie à la tire, ce qui lui vaut un an de prison, et revient ensuite à Toulouse. Là, il vit avec des amis qui comme libertaires sont surveillés par la police ; peut-être d'ailleurs cette surveillance s'exerce-t-elle aussi sur lui en sa principale qualité de récidiviste. Dans tous les cas, il la prend tout entière pour lui, elle prend à ses yeux un caractère d'activité qu'elle n'a peut-être pas ; il se plaint qu'on ait essayé de faire de l'amorçage ; il est bien possible que des agents secrets aient tenté de causer avec lui. Toujours est-il que depuis cette époque V. A... est un persécuté.

Le 27 mai 1898, on l'envoie à l'asile public d'aliénés. Exaspéré par cette surveillance constante, il avoue lui-même avoir présenté du délire de persécution pendant trois jours et avoir violemment récriminé dans la rue.

A l'asile, il est calme, travaille, aide les gardiens, se rend utile, apprend à jouer de la mandoline et est remis en liberté le 1<sup>er</sup> juin 1899. Il revient chez sa sœur ; mais de nouveau en contact avec le monde extérieur, le délire reprend. Il est peu probable que dès sa sortie la police ait recommencé la surveillance. Elle prend, d'ailleurs, à ses yeux, un caractère marqué d'in vraisemblance.

Pour en finir, il va trouver un inspecteur de la sûreté et s'accuse à lui d'un vol imaginaire. « Craignant qu'il ne voulût me faire un mauvais parti », dit cet agent dans son rapport, « je lui dis de venir me trouver le lendemain dans mon bureau de la permanence. » Mais ce que cherche V. A..., c'est une arrestation immédiate qui lui permettra de dire à des juges les persécutions qui l'accablent.

Il rentre chez lui, dérobe la montre et le porte-monnaie de sa sœur, jette ces objets dans un fossé et, pour rendre son arrestation plus imminente, il va dans la campagne, retire ses vêtements et se couche tout nu dans l'herbe. Ce dévêtissement était d'ailleurs lui-même calculé : les vêtements qu'il portait, il les avait volés ; il voulait jouir de son droit de ne pas revêtir la dépouille d'autrui.

Primitivement, il n'avait pas prévu cet acte, il voulait s'en tenir au vol de la montre et du porte-monnaie de sa sœur ; mais après qu'il eut jeté ces objets dans le fossé, il s'imagina que des agents de la police le suivaient sur la route, en voiture, à bicyclette et en *automobile*, et c'est pour assurer plus rapide-

ment son arrestation qu'il se mit nu. Ce point est intéressant à noter, car seul il nous a permis d'affirmer l'existence d'un délire de persécution. Il était au moins vraisemblable et au plus réel que la police était toujours sur ses talons, qu'elle l'excédait, qu'elle le menaçait même; mais l'existence d'une chasse en automobile était beaucoup trop perfectionnée pour être vraie, c'était une conception délirante, une illusion de sa vue, peut-être même une hallucination.

C'est un simple garde champêtre qui l'arrête, et l'aveu qu'il lui fit des habits volés parut à cet agent trop franc pour être vrai; il préféra le qualifier de « propos incohérent ».

Quoi qu'il en soit, grâce surtout à son internement récent, V. A..., au lieu d'être confié à des juges, est confié à des médecins.

Etat physique à l'entrée :

Capacité cranienne : 1.520 centimètres.

Indice céphalique : 83.3 p. 100 (sous-brachycéphale de Broca).

Pas d'asymétrie cranienne, ni faciale; une cicatrice au niveau de la partie supérieure de l'écaille du temporal gauche; cheveux châtain foncé.

Diamètre bizygomatique à 135 (norme 142) pour une hauteur faciale de 185. Les oreilles sont petites, bien faites et bien ourlées.

Yeux, lèvres, langue, dents, palais normaux; pas de prognathisme. Barbe châtain foncé normale.

Périmètre thoracique, 755 millimètres. Poumons légèrement emphysémateux, cœur et colonne vertébrale normaux. Ventresouple, indolore; rate et foie normaux.

Verge : hypospade, phimosis, trois cicatrices souples sous le prépuce, testicules normaux, avec sensibilité diminuée pour celui de gauche.

Membres supérieurs normaux avec contractions idiomusculaires du biceps gauche.

Membres inférieurs normaux.

La sensibilité générale est conservée dans tous ses modes mais partout diminuée, cette diminution étant plus marquée à gauche. Les réflexes cornéen et pharyngien sont abolis; réflexe irien conservé; crémastérien aboli à gauche, diminué à droite; patellaire exagéré à gauche, diminué à droite, ainsi que le réflexe plantaire.

Pour les sens spéciaux, un peu de dureté de l'ouïe.

Aucune recherche n'a pu être faite sur le chimisme stomacal, le malade ayant refusé de s'y soumettre; il y a cependant des troubles, car le sujet est un dilaté qui accuse du pyrosis, de l'anorexie et, en plus, un constipé habituel.

Force musculaire conservée ( $D = 37$  ;  $G = 37$ ).

Les urines ont une composition normale.

Coordination des mouvements bonne; pas de tremblements des doigts. Marche normale. Blésité légère. Température :  $37^{\circ}3$ . Pouls 68.

Envergure exagérée ( $1^m72$  pour une taille de  $1^m68$ ).

V. A... est bien fait, mais un peu maigre, et son développement physique est certainement un peu insuffisant; son teint est pâle, un peu hâlé; il représente à peu de chose près le type du gamin des grandes villes.

La coordination des idées est suffisante. V. A... est intelligent, cause bien, comprend vite. On ne peut guère lui reprocher que son manque de philosophie qui lui a fait s'exagérer la surveillance de la police.

Dans son dossier de mise en observation, on lui a reproché un certain nombre de faits contre lesquels il proteste avec un accent de vérité suffisant. Son état physique ne révèle lui-même aucune présomption d'excès de boissons et d'excès vénériens, il ne porte aucun des stigmates de l'onaniste habituel. Enfin, ses idées ne sont pas incohérentes, elles résident sur un fond réel, il n'a que les conceptions délirantes du paranoïque classique. Il est consigné dans le rapport que son premier accès vésanique se manifesta par « des idées incohérentes (anarchie) ».

Notre malade se dit en effet anarchiste, mais en réalité c'est un simple socialiste révolutionnaire : instruit par l'expérience, il rêve d'une société meilleure; et pour réaliser ses conceptions, il ne reculerait pas devant la guerre civile.

Il avoue avoir volé parce qu'il voulait vivre et que ses condamnations, le mettant en marge de la société, il lui était extrêmement difficile de trouver du travail.

Nous lui avons fait comprendre sans peine que : 1° il s'exagérait les surveillances policières; que 2° son passé autorisait la méfiance et que par une conduite rationnelle il pourrait en faire fi sans avoir rien à redouter.

Les sentiments affectifs sont conservés; nous avons vu une lettre de lui à sa mère qui témoignait de ses bonnes intentions; pendant toute la durée de son séjour, sa conduite a été parfaite, son raisonnement normal.

Il a été mis en liberté le 26 juin 1899 et, sur les conseils qui lui ont été donnés, il a quitté la France pour se soustraire aux tracasseries de la police et tâcher de mener ailleurs une vie laborieuse.

OBSERVATION II. — Le nommé E... (Jacques-Victor), âgé de trente-deux ans, instituteur, entre le 9 février 1899. Le même jour, à midi, étant dans un café, il avait menacé de tout briser et c'est à grand'peine que les agents purent l'amener à la clinique.

Arrivé là, il demande du poison, répond à peine qu'il est instituteur et que s'il veut en finir avec la vie, c'est qu'il a des discussions d'intérêts avec son beau-père. Visage congestionné, état saburral des voies digestives supérieures. L'état d'agitation dans lequel se trouvait le malade avant son entrée est à peu près calmé; il y a maintenant un véritable épuisement qui semble démontrer que nous nous trouvons là en présence d'un simple état d'émotion pathologique. En effet, la première nuit est bonne; le lendemain, le malade paraît honteux de ce qui s'est produit hier et répond à peine. Cependant il refuse de manger et affirme le désir de se laisser mourir de faim.

La famille nous fournit les renseignements suivants :

Les parents sont morts âgés; il n'y a ni nerveux, ni vésaniques dans la famille; deux sœurs très nerveuses, autoritaires.

Le sujet n'a jamais été malade, s'est marié en 1893 et est le père d'une fillette de trois ans, malingre, chétive.

Extrêmement nerveux, irritable, orgueilleux et vindicatif, le malade ne peut supporter ni la subordination, ni la contradiction. Depuis sa sortie de l'École normale, il fait de fréquents excès alcooliques. Lorsqu'il dut se marier en 1893, il avoua au dernier moment quelques dettes de jeunesse et il n'a jamais pardonné à son beau-père les reproches que susciterent cet aveu tardif et calculé.

Malgré son mariage, E... continue de fréquenter les cabarets, rentre tard dans la nuit, et les doux reproches de sa femme déterminent chez lui de terribles accès de colère au cours desquels il brisait tout, frappait sa femme et son enfant.

Un soir dans un concert, pris de boisson, il se dispute avec des agents de police, est arrêté; l'affaire est arrangée à grand'peine et lui vaut une disgrâce administrative. Son changement fut d'autant plus rapide qu'il vivait en fort mauvaise intelligence avec son directeur d'école en raison de cet orgueil qui le



rendait réfractaire à toute sujétion. Déjà à cette époque, il avait commencé de négocier les titres constituant la dot de sa femme.

Cependant, à partir de ce moment, il fréquente moins le café; mais toutes les fois qu'il s'y aventure, sa rentrée à la maison est suivie de nouvelles scènes avec bris et menaces d'homicide. A son beau-père qui fait des démarches pour le faire nommer près de lui, il écrit des lettres grossières, impératives; il l'accuse de vouloir lui prendre sa femme avec laquelle il a, dit-il, des relations incestueuses.

A partir de 1898, tout paraît s'arranger; le malade ne boit plus, mais ses relations avec son beau-père restent tendues. Les questions d'intérêt qui les divisent amènent E... à entamer toute une procédure à la fois inutile et irrationnelle, au cours de laquelle il finit même par refuser les lettres de son beau-père.

Les affaires en sont là lorsque, le 1<sup>er</sup> février, un poste d'instituteur devient vacant dans la Haute-Garonne; on l'offre à notre malade qui hésite, car il doit encore être en sous-ordre comme adjoint, mais qui finit par écrire à son beau-père qu'il acceptera ce changement. Il reçoit en effet sa nomination qui contient en même temps une surprise; car, par suite d'une erreur des bureaux de l'Académie, il est marqué instituteur titulaire et non adjoint.

Malgré qu'il croie à un avancement, à mesure qu'il approche de Toulouse, le souvenir des faits qu'il croit devoir reprocher à son beau-père devient de plus en plus clair dans sa conscience; à son arrivée, il refuse de lui serrer la main, de descendre chez lui, laisse sa femme partir, s'installe à l'hôtel, non sans avoir injurié son beau-père. C'est alors qu'il reçoit un avis rectifiant l'erreur de sa nomination.

Il rencontre son beau-père dans la rue, l'insulte, l'accuse d'avoir provoqué cette erreur pour l'engager plus facilement à revenir dans la région, provoque un rassemblement, puis disparaît. Nous savons que deux jours après il était allé au commissariat central se faire donner l'adresse de tous les avoués et de tous les avocats de Toulouse; et puis, quelques heures après, il était arrêté dans les conditions relatées plus haut.

Dans la soirée du jour qui suit l'entrée, l'agitation revient: son beau-père veut l'assassiner, il se figure qu'il veut le jeter dans la Garonne; insomnie avec cris et agitation.

Le 11 février, incohérence complète, refuse de répondre, monologue sur tout ce qu'il voit; le soir, calme, somnolence,

paraît fatigué. La nuit, se figure comme la veille qu'on veut le tuer.

La situation reste telle jusqu'au 15 février. Le malade s'alimente à peine, reste isolé, est très sale. Après deux jours de calme, l'agitation revient, présentant les mêmes caractères, coupés par de fréquentes accalmies, surtout le matin. Mais toute conversation est impossible, car le malade répond grossièrement ou refuse de répondre.

A la suite d'une douche administrée le 22 février, l'agitation cesse entièrement et subitement. E... devient poli et commence à s'alimenter, sauf un peu d'incohérence et apparition momentanée du syndrome de Cotard ; le 24 février, tout rentre dans l'ordre. Les sentiments affectifs (pour sa femme et sa fillette) font leur apparition le 28 et le sujet redevient propre le 4 mars.

E... accuse son beau-père d'avoir voulu, malgré son mariage, conserver son ascendant sur sa fille ; il l'a trompé pour sa nomination, car il s'était certainement aperçu de l'erreur ; il se rend parfaitement compte que tous ces faits ont amené une maximisation de sa colère et le délire consécutif. En somme, le délire seul a cédé ; le fond du caractère reste le même ; il constitue pour E... un état normal. Mise en liberté le 9 mars 1899.

A l'examen physique, nous avons noté : capacité crânienne, 1.567 centimètres. Indice céphalique, 88,0, asymétrie faciale aux dépens du côté gauche, oreille G < oreille D. Voûte palatine extrêmement ogivale. Cou long, féminin. Emphysème pulmonaire au début. Exagération de la sensibilité testiculaire. Les orteils sont très longs, mais le pied n'est pas préhensile. Diminution de la sensibilité douloureuse. Diminution des réflexes cornéen, plantaire (flexion), crémasterien droit ; abolition du réflexe irien. Sujet grand, maigre ; système pileux peu développé.

Au point de vue psychique, nous avons simplement noté un certain degré de pusillanimité, augmentation injustifiée de la personnalité (orgueil), sentiments affectifs peu développés, un certain degré d'insociabilité (indiscipline), ignorance des devoirs, conception pathologique de la liberté.

En résumé, sujet peu intelligent, peut être redressé un peu par l'instruction, destiné à faire de temps à autre des incursions dans la marge de la société.

OBSERVATION III. — Le 11 avril 1899, entre à la clinique D... (Jean-François), vingt-six ans, comptable. Le malade est

affaîssé, paraît souffrir; quelques instants après, délire incohérent avec hallucinations et illusions de la vue.

La maladie a débuté au commencement de 1899.

Hérédité chargée : père arthritique, mère mélancolique ayant fait une tentative de suicide à trente-sept ans, ayant présenté des crises convulsives. Un frère mort à six mois de convulsions, une sœur ayant des crises de nerfs.

Successivement employé des lits militaires, engagé volontaire, employé dans une maison d'assurance, employé au chemin de fer, D... quitte cette dernière situation, les débuts y étant trop pénibles, et devient comptable dans une maison de commerce.

Notre malade représente un type que l'on rencontre assez fréquemment dans les classes modestes de la société : le jeune homme qui cherche à se déclasser non pas en utilisant ces ressources d'énergie physique et morale qui sont l'apanage des individualités fortes, mais en cherchant par le brillant et le paraître à voiler le plus possible la pauvreté de son intelligence et de son cœur. Le père est employé aux tramways, la mère est blanchisseuse, les deux sœurs sont bonnes à tout faire; on voit d'ici la modestie du milieu. Lui, beau garçon, écrase le tout de sa splendeur, formant une tache disparate, assistant avec une égoïste insouciance de repu à la lutte quotidienne des siens, leur demandant tout, ne donnant rien; menant la double vie du gandin jouisseur et désabusé au dehors et, au dedans, celle de l'artisan pauvre qui se prive avec les autres, quand il ne meurt pas de faim.

Pour résumer tout d'une phrase, c'est le jeune homme qui n'oserait pas sortir sa mère.

Est-ce le sous-officier qu'il a été qui se prolonge, ou cette mentalité a-t-elle été antérieure au régiment? Il ne nous est guère possible de le savoir.

Pour compléter, D... est un homme à femmes; en 1898, il a fait la connaissance de la fille d'un gros commerçant de la ville, il a fait une demande régulière et a été éconduit. S'agit-il d'un amour réel; est-ce un calcul pour accélérer, pour aider au déclassement visé ou mieux rêvé par l'individu? Dans tous les cas, la déception a été très forte; notre amoureux loin de se tenir pour battu, d'attendre ou de provoquer une occasion meilleure, suscite à la famille de cette jeune fille tant de tracasseries qu'un commissaire de police officiellement instruit l'invite à cesser toute manœuvre. Il a pensé à tous les moyens : nous

trouvons sur lui une note extraite du Dalloz : *Jugé qu'il n'y a pas rapt caractérisé dans le fait de l'individu qui détermine une jeune personne de plus de seize ans à quitter la maison où elle a été placée.*

Et soigneusement conservée cette feuille d'éphéméride comique qui laisse rêveur : « *Où en est donc votre procès avec ce sacripant de Z..., qui vous a volé 300.000 francs ? Tout est arrangé... Il épouse ma fille.* »

Dans tous les cas, à l'aide de ces éléments, D... construit un délire de persécution. Au début de 1899, il quitte son emploi, devient méfiant, passe ses journées dehors, dort à peine, mange peu.

En mars, ce qui n'était que méfiance devient sans doute certitude, car le malade devient exalté, cherche à se suicider, devient sombre, pleure fréquemment. Tout cela par intermittences.

Au début d'avril, l'état pathologique devient continu, mais sans netteté ; il y a de l'incohérence ; les idées de persécution sont toujours très vagues, c'est plutôt de la peur ; le malade sort presque nu, ne prend plus soin de lui-même ; façons insolites dans la rue.

Le 10 avril, l'état empire, le malade rôde dehors toute la journée sans but, présente le soir une crise de convulsions cloniques, devient très violent, veut se suicider, reste ainsi agité toute la nuit, et, le lendemain soir, se jette tout à coup sur son père ; c'est à ce moment que sa famille se décide à demander son envoi à la clinique.

Reste ainsi agité, incohérent, avec de très vagues idées de persécution, jusqu'au 15 avril. Reste ensuite simplement méfiant et soupçonneux, dormant assez mal, cherchant à s'échapper.

Le 21 mai, sortait amélioré, mais non guéri. Comme signes physiques : capacité crânienne, 1.555 centimètres ; indice céphalique, 91 ; citatrice de la queue du sourcil gauche. Oreilles très larges, pas ourlées, avec tubercule de Darwin ; paresse pupillaire, tremblements de la langue, carie dentaire, cœur hypertrophié, impulsif, souffle cardio-pulmonaire, diminution de la sensibilité générale, sauf à la jambe droite, anesthésie plantaire, abolition des réflexes, iriens, crémastérien gauche, plantaire gauche ; diminution du réflexe crémastérien droit. Diminution de la force musculaire, tremblements des doigts. Blennorrhagie.

Au point de vue psychique, en plus des faits énumérés au début, hypermnésie de certains petits faits due surtout à une instabilité mentale assez forte.

Le malade est réintégré le 6 juin, présentant un peu de mégalomanie extrêmement vague et diffuse, puérile, peu cohérente. L'état psychique est très mauvais, il existe un polymorphisme peu rassurant. Le malade est évacué à l'asile public d'aliénés le 22 juillet 1899.

Voici donc trois séries d'êtres dégénérés, indubitablement irresponsables et par conséquent malades. La question la plus intéressante qui doit se poser à leur sujet est celle du traitement.

Nous avons déjà avancé qu'en ce qui concerne le premier groupe, la déchéance était complète, le séjour à l'asile était indispensable. Est-il nécessaire de rééditer à leur sujet la proposition d'une suppression définitive par analogie avec les noyades de l'Eurotas ? Nous ne le pensons pas ; nous n'estimons pas que ce soit dans un tel sens que la société puisse se considérer comme autorisée à appliquer les principes de la sélection. En admettant même que le société soit moralement autorisée à frapper quelqu'un de ses membres, elle ne devrait s'adresser qu'à des coupables et non aux victimes d'une prétendue civilisation qui use et qui tue, qui a mis plusieurs siècles à s'apercevoir qu'elle ne pouvait avoir que les enfants qu'elle semait. La race dégénérée doit conserver ces stigmates qui lui servent d'exemple et de remords. Elle doit les arracher au milieu immédiatement coupable, et elle-même, cause primitive de dommage, leur DOIT l'assistance.

Envers les malades des deux derniers groupes, les obligations sont plus impérieuses encore, car, loin d'être des charges inutiles comme les précédents, ces dégénérés sont d'autant plus dangereux que, comme l'a dit MOTET, ce sont des « cire molle ». « Grâce à un appareil

qui frappe leur sens, à un prestige physique et luxueux qui les émeut, ils seront subjugués par toutes les prédications les plus absurdes ; leur entraînement sera d'autant plus profond qu'ils comprendront moins, mettant l'obscurité de la prédication sur le compte de l'élévation ou de la profondeur de la pensée (1). »

Mais s'ils sont ainsi, c'est que ce sont des instables, et par conséquent des sujets dont il est difficile de fixer l'attention. Si l'apparat, le brillant, le clinquant les subjuguent, c'est parce que seuls les contrastes violents sont capables de fixer leur attention. Aussi, et par compensation, pour gagner en profondeur ce qu'elle perd en surface, la fixation portée au maximum deviendra une fascination. L'idée ou le fait s'imposera à ces malades avec l'intensité d'une obsession, car ce sont par essence des hypnotisables.

Cette suggestibilité intensive et pathologique devient cependant l'adjuvant le plus précieux pour le traitement. Pour instituer ici une thérapeutique rationnelle, il est un certain nombre de facteurs dont il faut tenir le plus grand compte.

1° Les dégénérés sont des héréditaires ; par conséquent, il faut les arracher à leur milieu. En admettant même en effet que le milieu fût moral, ces malades ne s'amélioreraient pas ; en admettant d'un autre côté qu'il fût immoral ou amoral, leur cas s'aggraverait. Donc, les enlever à un milieu qui ne leur donnera pas d'exemples, on qui leur en donnera de mauvais.

2° Il faut les placer dans un milieu spécial, les réunir et non pas les noyer dans un milieu normal qui les découragerait et dans lequel les conditions spéculatives que l'on sait empêcheraient que l'on s'occupât d'eux.

3° Il faut utiliser le seul moyen existant pour fixer

---

(1) Thuilié. *Orthophrénopédie*. Paris, Alcan, 1900.

leur attention, par conséquent il faut éliminer toute tentative pour une instruction abstraite et se localiser uniquement dans le domaine concret.

Mais nous ne cherchons pas à prétendre que ce soit là un traitement curatif. Nous avons indiqué plus haut que ces malades étaient victimes de la société et de sa prétendue civilisation ; là est le mal, là aussi seulement est le remède. Sans vouloir faire le réquisitoire d'une vie dont l'activité exagérée est la caractéristique actuelle, nous ne voudrions nous attaquer qu'aux facteurs les plus directs des causes d'usure et de dégénérescence de la race.

Ce qui fait que nous baissons, qu'en un mot nous dégénérons, c'est que de parti pris, pour ainsi dire, puisque nous en sommes instruits, notre vie est un défi constamment jeté à l'hygiène naturelle ; puisque malgré tous les cris d'alarme, poussés depuis longtemps, pour ne parler que des plus grands dangers, la syphilis et l'alcool, dont quelques-uns vivent et dont tous meurent, évoluent librement devant une société complice. C'est pour avoir manqué aux plus urgents de ses devoirs qu'elle se prépare chaque jour une descendance plus pauvre et plus faible et qu'elle augmente des charges dont un bien faible mouvement d'initiative pourrait l'alléger.

---

---

# UN CAS

## DE

# FOLIE BRIGHTIQUE

**Par le Dr VIALLO**

Médecin adjoint de l'asile de Bron.

---

Depuis que les causes déterminantes de la folie ont été mieux étudiées et qu'on a su établir, d'une façon indiscutable, les relations étroites qui, chez les prédisposés, lient les troubles physiques (infections, intoxications, auto-intoxications, maladies organiques, diathésiques, etc.) aux manifestations vésaniques, la prophylaxie et, surtout, le traitement des psychoses ont subi de ce fait une orientation des plus heureuses.

Une des premières, l'école lyonnaise, sous l'impulsion, d'ailleurs, de M. le professeur Pierret, s'est engagée dans cette voie féconde en résultats pratiques.

Dans ses cours et ses leçons cliniques, M. Pierret s'est de tout temps attaché à établir la part prépondérante qu'il convient de faire aux troubles physiques de toute nature, et surtout aux états toxiques divers, dans l'apparition des conceptions délirantes. Il a montré quel parti on pouvait tirer de cette importante donnée étiologique pour le plus grand profit des aliénés et pour la plus grande satisfaction du médecin, heureux de pouvoir instituer une thérapeutique raisonnée et, partant, utile.

Les troubles mentaux consécutifs aux états infec-



tieux avec albuminurie sont d'une extrême fréquence (1). Ils se traduisent d'ordinaire par de la confusion mentale, avec ou sans agitation, et le plus souvent, avec des illusions et des hallucinations sensorielles, quelquefois des idées de persécution liées à des troubles de la sensibilité. Une hygiène sévère, la diète lactée, les purgatifs, les font en général disparaître en peu de temps.

La connaissance de la cause provocatrice et un traitement immédiat, uniquement dirigé contre le trouble de la fonction urinaire, donnent des guérisons rapides.

Ce sont là des faits cliniques d'observation journalière qui montrent de quelle importance est, chez les aliénés, l'examen des urines. L'albuminurie méconnue, et, par conséquent, non traitée, peut passer à l'état chronique et entraîner l'incurabilité des troubles psychiques. Il est vrai que beaucoup de malades guérissent de leur albuminurie et de leur vésanie sans le traitement lacté ; mais il est certain qu'avec un traitement méthodique et immédiat la durée d'internement aurait été abrégée dans de grandes proportions.

Dans les cas d'albuminurie chronique, de mal de Bright, les résultats que l'on peut obtenir par le régime lacté sont évidemment moins certains : on observe des guérisons temporaires ou plutôt des rémissions d'assez longue durée relevant directement de la médication ; en tout cas les bénéfices du traitement n'en sont pas moins importants.

Une femme que nous avons soignée dans le service de M. le professeur Pierret, et que nous avons suivie avec intérêt pendant plus d'un an, en est un exemple intéressant. Du fait de la diète lactée elle a eu trois rémissions très nettes dans son état mental : elle a pu sortir de l'asile une fois pendant plus d'un mois, et les

---

(1) Voir Bouvat. *Urémie délirante, Thèse*, Lyon 1883.

deux autres fois elle a été plus ou moins longtemps sans présenter de troubles mentaux.

Fait surtout digne d'être noté : la cessation des troubles mentaux a toujours coïncidé avec la disparition de l'albumine dans les urines.

Ajoutons aussi que la plupart des conceptions délirantes de cette malade se rattachent d'une façon étroite aux troubles albuminuriques.

Voici, d'ailleurs, cette observation : (1)

Femme âgée de soixante ans, ménagère, entrée à l'asile de Bron, le 11 juillet 1899. On ne sait rien de précis sur les antécédents héréditaires de la malade ; elle a quitté jeune son pays et a peu connu, par conséquent, les différents membres de sa famille. Une sœur morte d'affection indéterminée, un frère marié et bien portant.

Deux enfants morts tout jeunes ; la malade a encore deux filles bien portantes, mais de sens moral rudimentaire, et un fils, infirme depuis l'âge de sept ans, par lésion médullaire probable.

La malade est séparée de son mari depuis cinq ans pour difficulté de caractère. Elle a toujours eu beaucoup de chagrins de famille et était, pour cela, de caractère plutôt sombre.

N'a jamais eu de maladies graves ; se plaignait fréquemment de douleurs de rein ; aurait eu des douleurs rhumatismales. Pas d'alcoolisme. *Suspectée d'albuminurie par son médecin.*

Elle raconte qu'il y a six ans elle aurait eu le sang tourné à la suite d'une frayeur causée par son mari, qui était très emporté.

Depuis environ deux mois devient très triste, se plaint de maux de tête fréquents. A dit à sa fille, il y a huit jours : « Ne t'en vas pas, on veut me tuer ». Elle causait souvent toute seule, refusait de dire ce qu'elle avait : « Tout le monde veut me tuer, je veux me sauver. » Elle présentait souvent des étourdissements et la tête lui tournait lorsqu'elle se baissait.

A l'occasion de chagrins ou de querelles, elle prenait fré-

---

(1) Observation prise par le Dr Jacquin et nous, et dont la première partie a paru dans la thèse du Dr Michaud (1900).

quemment des « crises de nerfs », pendant lesquelles elle se mettait à trembler et était incapable de proférer la moindre parole.

Elle entendait des voix, même pendant la nuit, et croyait voir des personnes qui voulaient la tuer.

Dormait à peine deux heures par jour ces derniers temps.

Depuis deux ou trois jours la malade s'est mise à s'agiter; on a beaucoup de peine à la maintenir à la chambre et on est obligé de tout fermer pour l'empêcher de s'enfuir. Elle tourne en mal tout ce qu'on lui dit.

Il y a six semaines, part pour aller se noyer, mais empêchée par son fils, rentre à la maison et allume un cierge dans un placard sous le prétexte de chasser les mauvaises personnes qui veulent la tuer. S'était munie de scapulaires et aspergeait la maison d'eau bénite.

Ressentait parfois des douleurs dans les jambes et disait qu'on la brûlait vive.

C'est alors qu'elle est internée avec le certificat d'entrée suivant : « Présente des phénomènes d'excitation cérébrale, du délire de la persécution avec hallucinations de l'ouïe et de la vue; insomnie; agitation. »

**EXAMEN A L'ENTRÉE.** — 1° État physique. La malade est petite; les jambes sont un peu déformées par du rachitisme. Sur la jambe gauche, à la face interne et au tiers inférieur, cicatrice gaufrée, adhérente à l'os. Autres traces d'ostéites du côté gauche sur la face externe de la région thénar, sur l'avant-bras et sur le bras. Goitre fibreux. Température : 37°2; poids : 47 kilogrammes.

**Cœur.** La pointe, facilement sentie, bat dans le 4<sup>e</sup> espace. Tendance au galop; dédoublement du premier bruit. Pas de souffle.

**Pouls** régulier, fort; 80 pulsations à la minute.

**Poumons** normaux; on perçoit cependant, et par intermittences, quelques râles muqueux aux bases.

**Système digestif.** Langue sale, humide; pas d'ectasie gastrique. Foie non hypertrophié. Ventre souple, un peu douloureux à la fosse iliaque droite.

**Motricité.** Tremblement léger des doigts. Réflexes normaux; force musculaire conservée.

**Sensibilité.** Paraît normale; la malade localise et perçoit bien la piqure, la chaleur.

*Organes des sens*, rien de particulier ; les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière.

Pas de troubles trophiques.

*Urines* claires, abondantes, sans sucre, mais donnant avec la chaleur et l'acide azotique un *précipité assez notable d'albumine*.

Œdème des chevilles peu accentué, face un peu bouffie le matin au réveil.

2° ÉTAT MENTAL. — La malade est une débile, un peu niaise, apeurée, craintive, demandant anxieusement si on ne lui fera pas de mal. Elle manifeste des idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe et de la vue et troubles de la sensibilité ; prétend qu'elle est le « souffre-douleur » de ses voisins, entend des voix qui l'insultent ; on lui dit toutes sortes de vilaines choses : on l'appelle « chameau, prostituée, etc. » ; on trouve à redire à tout ce qu'elle fait. « Elle a vu tous ces gens qui lui ont fait bien peur ». Elle croit qu'on faisait venir « exprès » de Lyon « deux physiciens pour l'électriser, la faire souffrir « dans ses nerfs », l'empêcher de respirer et de dormir. La nuit, et quelquefois le jour, elle sentait qu'on lui travaillait le corps, qu'on voulait l'étouffer en lui comprimant la poitrine. On la pique, surtout dans le dos et dans les jambes, pour savoir si elle n'est pas encore morte. « Tout cela se fait par la physique et la magie. » Pour se préserver, elle a pris de l'eau bénite et du sel et les a jetés dans son poêle ; elle a aspergé d'eau bénite toutes ses chambres.

*Certificat de vingt-quatre heures*. Est atteinte d'albuminurie avec troubles psychiques.

*Certificat de quinzaine*. Est atteinte de folie brightique.

La malade est purgée à deux reprises différentes (eau de Sedlitz), puis mise au régime lacté absolu, qu'elle accepte assez volontiers.

30 juillet. Continuation de la diète lactée. Amélioration progressive de l'état mental. *Urines un peu moins albumineuses*.

15 août. L'état mental devient de plus en plus satisfaisant. *Presque pas d'albumine dans les urines*.

24 août. Certificat de guérison : « La malade ne donne plus de signe de folie et doit être rendue à la liberté ». *Urines toujours abondantes, claires, mais ne renfermant plus d'albumine*.

Le malade quitte l'asile le 27 août.

Revient à l'asile le 21 septembre 1899, à l'occasion de la réapparition de l'albumine.

*Certificat d'entrée*: « Excitation cérébrale avec délire de persécution. Elle se dit poursuivie par des magiciens, profère des menaces contre ses enfants. Crie par la fenêtre, se promène toute la nuit. »

*Certificat de vingt-quatre heures*: « Débilité mentale avec conceptions délirantes liées à des troubles albuminuriques (dyspnée lui faisant croire qu'on cherche à l'étouffer; troubles de la sensibilité et de la digestion, qu'elle interprète en disant qu'on la pique, qu'on l'empoisonne, etc.). »

*Certificat de quinzaine*: « Maladie de Bright avec troubles psychiques. »

La malade dit que, pendant la nuit, on faisait passer sur sa poitrine « de forts rouleaux » qui l'empêchaient de respirer. On la piquait sur tout le corps et surtout au niveau du sternum.

Des voix causant ensemble disaient: « Il ne faut pas attendre plus longtemps, car elle serait froide. » Une fois guillotinée on devait la pendre par les pieds puis la faire griller. « Il y a de la physique et de la sorcellerie là-dedans. » On lui a tout fait: empoisonnement, envoi de mauvaises odeurs (« elle en a la bouche toute empâtée », « son cœur se soulève »); dit qu'on lui électrise la tête. Tendances mystiques. Insomnie.

Température: 37°3; langue sale, *urines albumineuses*; œdème périmalléolaire.

Traitement: eau de Sedlitz; régime lacté absolu et repos au lit.

11 octobre 1899. La malade est bien mieux, abandonne ses conceptions délirantes, dort bien. Est toujours au régime lacté. *Traces vagues d'albumine* dans les urines.

9 décembre. L'état mental s'améliore, on ne retrouve presque pas d'albumine. Cessation du régime lacté.

Janvier 1900. État mental satisfaisant, la malade pourrait sortir de l'asile; mais devant l'indifférence de sa famille et la crainte d'une rechute imminente, elle est maintenue.

Février 1900. Même état, *pas d'albumine*.

Mars. Petit accès délirant de peu de durée avec *réapparition de l'albumine*. On reprend le régime lacté, qui donne d'excellents résultats.

Avril 1900. État mental bon. *Urines normales*.

11 mai 1900. Depuis deux jours la malade retombe dans ses conceptions délirantes, dit qu'on l'empoisonne, qu'on veut l'étouffer. Refus des aliments, insomnie. *Albumine dans les urines*.

13 juin. La malade passe à l'infirmerie et la surveillante de nuit donne la note suivante : « N'a pas dormi de toute la nuit ; s'est proménée dans le dortoir en criant au secours ; dit que les physiciens veulent l'étrangler et lui donnent des coups de couteau dans tout le corps. »

Purgatif salin. Régime lacté mal accepté par la malade.

27 juin. Même état. Est toujours bien tourmentée et persécutée ; dit toujours qu'on cherche à l'étouffer, qu'on l'empoisonne. Insomnie. Ne veut pas prendre son lait. *Persistance de l'albumine.*

Juillet. Même situation mentale. *Urines toujours albumineuses.*

Août. Amélioration mentale. *L'albumine paraît diminuer de quantité.*

Septembre. La malade est plus calme, mais les idées délirantes persistent.

Octobre. Mêmes idées de persécution ; mêmes troubles de la sensibilité. Il y a une malade dans la division qui ramasse « du duvet de petits oiseaux » et le lui lance dans le larynx pour « la faire étouffer ». On la travaille par « l'acrobatie et la magie. » On l'électrise. Se plaint de tout le monde ; veut s'en aller, dort mal.

Urines claires, abondantes, *un peu albumineuses.*

La malade paraît organiser un délire chronique.

RÉFLEXIONS. — Nous nous croyons autorisé à considérer notre observation comme un cas typique de folie brightique. Le délire, en effet, 1° procède des troubles organiques, et 2° s'atténue ou disparaît avec l'amélioration de la lésion rénale.

1° Chez notre malade, les troubles organiques créés par la néphrite fournissent le substratum sur lequel s'édifie toute une série de conceptions délirantes. Du côté de la sensibilité, en particulier, ce sont des élancements douloureux à siège variable, des sensations de secousses électriques, qui font dire à la malade qu'on la pique, qu'on lui donne des coups de couteau, qu'on l'électrise. La malade interprète la gêne respiratoire qu'elle ressent en disant qu'on cherche à l'étouffer en

lui faisant passer « de forts rouleaux » sur la poitrine, en lui projetant un duvet fin dans le larynx, etc. Les troubles de l'ouïe, de la vue, de l'odorat, du goût et du système digestif donnent également naissance à des états délirants : hallucinations de l'ouïe et de la vue, idées d'empoisonnement, etc. (elle se plaint qu'on lui envoie des mauvaises odeurs ; « elle a la bouche toute empâtée, son cœur se soulève »). Un délire de persécution mal systématisé s'organise ainsi sur un fond de débilité mentale. Notre malade considère toutes les persécutions dont elle est l'objet comme des maléfices dus à « la physique, la magie et la sorcellerie », et cherche à s'en préserver par des pratiques religieuses ridicules ;

2° Il ressort, d'autre part, de la lecture de notre observation, que, dans la folie brightique, un traitement uniquement dirigé contre la lésion rénale (régime lacté absolu, combiné d'ordinaire avec les purgatifs, les antiseptiques intestinaux et quelquefois le repos au lit), en même temps qu'il amène la diminution ou la disparition plus ou moins longue de l'albumine dans les urines, agit, du même coup, sur les troubles mentaux, qui s'amendent ou même disparaissent pour s'exagérer à nouveau avec la réapparition de l'albumine.

Cette corrélation étroite entre l'état physique et mental est une preuve indiscutable de l'influence du mal de Bright dans la genèse des conceptions vésaniques chez les prédisposés, en même temps qu'elle montre que tout traitement, autre que celui tiré de l'indication causale, ne peut être qu'illusoire.

Nous aurions voulu pouvoir pratiquer (surtout au moment des paroxysmes délirants et dans les périodes de rémission) des analyses complètes des urines de notre malade.

Nous avons dû y renoncer devant l'impossibilité de

pouvoir se procurer régulièrement les urines des vingt-quatre heures.

C'est pourquoi nous nous sommes borné à examiner les urines au point de vue de l'albumine, jugeant cette méthode suffisante pour fournir toutes les indications thérapeutiques.

---



---

# Statistique.

---

## ÉTUDE STATISTIQUE

SUR

## L'ÉTABLISSEMENT D'ALIÉNÉS DE SAINTE-MARIE

A CLERMONT-FERRAND

DEPUIS SA FONDATION (1836) JUSQU'EN 1899

**Par le Dr P. HOSPITAL**

Médecin en chef de l'asile.

---

Il y a trente et un ans que je suis médecin en chef de l'établissement d'aliénés de Sainte-Marie-de-l'Assomption, sis à Clermont-Ferrand. Je n'ai pas fait d'autre poste, et j'y ai succédé à mon père François Hospital, qui avait occupé la même place pendant trente-trois ans, après m'y être préparé, en suivant mon père dans ses visites pour ainsi dire depuis l'enfance, après aussi des études spéciales à Paris, et un adjuvant régulier et gracieux de quatre années au même établissement, où je remplaçai peu à peu mon vénérable père déjà fatigué ; total : soixante-quatre ans de dynastie ! L'établissement de Sainte-Marie étant privé, tout en faisant fonction d'asile départemental, et par conséquent se gouvernant lui-même, je n'ai eu qu'à me renfermer exclusivement dans mes obligations médicales, et dans mon rôle assez effacé, mais non pas inactif.

Pendant ces trente-deux ans, à part quelques rares congés, je n'ai pas cessé de procéder à ma visite journalière ; le matin : regarder des langues, des yeux, et autres organes, ausculter des poitrines, tâter des crânes, palper des ventres, sonder des vessies et des œsophages, faire des autopsies quelquefois, des opérations plus rarement, et surtout... interroger les malades ; le soir : tenir à jour mes écritures, notes administratives, observations, transcription sur des registres spéciaux de tout passage de lecture ressortissant de près ou de loin aux sciences médico-psychiques, aux asiles, au chapitre des questions légales et réglementaires, mes réflexions particulières, etc... Je suis ainsi parvenu à rassembler un nombre immense de documents ; car il ne s'est guère passé de jour sans que j'aie écrit de ma main une ou plusieurs pages, n'ayant que ça à faire. Mon successeur, s'il est studieux, pourra tirer de ces matériaux, non seulement une expérience qui l'armera contre les alea inhérents à la carrière de médecin aliéniste, mais encore, s'il suit le plan que je lui ai tracé d'avance dans cette sorte d'encyclopédie mentale manuscrite, la matière d'un « compendium » qui pourra n'être pas inutile à mes jeunes collègues, et dont il tirera lui-même honneur et profit.

C'est en cours de cette existence bénédictine, que l'âge est venu me surprendre, et avec lui les petites infirmités prémonitoires, qui m'avertissent que la « douzième heure » est proche. Ne me sentant pas le courage d'entreprendre le « compendium » annoncé plus haut, je vais m'en tenir, pour ma « représentation d'adieux », à une revue générale de statistique portant sur tous les malades qui ont passé à Sainte-Marie depuis 1836, époque de son ouverture, jusqu'en juillet 1900. Ce chiffre est énorme, et il m'a fallu plusieurs mois pour dépouiller et classer environ 10.000 individualités. Mais avant d'aborder ce sujet, disons d'abord quelques mots de

l'asile lui-même ; puis après « le contenant »... les « contenus ».

*Établissement d'aliénés de Sainte-Marie-de-l'Assomption*, vulgairement désigné sous le redoutable prénom de « Bois-de-Cros », du vocable archaïque du terroir. — C'est un fait hors de doute que de tout temps les sociétés civilisées se sont préoccupées de la question des aliénés au double titre de la curabilité et de la sécurité publique, auxquelles il faut ajouter celui de la propagation qu'on ne pouvait négliger. Sans remonter aux Hébreux ni aux Grecs, nous voyons les Romains instituer des maisons de santé pour aliénés, et on envoyait parfois ceux-ci passer quelque temps à l'île d'Anticyre, où l'hellébore, plante hypnagogique, croissait en grande quantité ; Horace en parle quelque part dans une de ses odes. Au moyen âge, les aliénés furent fort négligés, et beaucoup d'entre eux durent certainement être brûlés vifs, comme possédés du diable ou comme sorciers. Cependant ils ne furent pas complètement abandonnés ; des corporations religieuses se fondèrent pour les recueillir et les soigner ; quelques-unes de ces corporations fonctionnent encore.

Plus tard, des quartiers spéciaux furent annexés aux hôpitaux, qui devinrent par la suite les dépôts d'hospices, dont il existe encore quelques-uns. Enfin, l'État lui-même dans les grandes villes construisit ou affecta des locaux déjà existants, pour l'internement des malades. Sous l'ancien régime, un ordre policier, sorte de lettre de cachet, suffisait pour enfermer des malheureux dans des cabanons, souvent à perpétuité, où ils étaient retenus par des chaînes que devaient faire tomber plus tard les doctrines humanitaires de Pinel. Les choses en restèrent là, ou à peu près, jusqu'au commencement de notre siècle ; mais un travail lent et progressif se faisait dans les esprits ; les ordonnances de police se multi-

pliaient, des Maisons se fondaient, les unes par l'élément religieux, d'autres par l'initiative laïque, d'autres enfin par entreprise privée, comme la maison du D<sup>r</sup> Péliissière, autrefois à Clermont-Ferrand.

Dès 1836, il y eut comme une croisade d'hommes d'élite qui parcoururent la France en fondant des asiles, il faut bien le reconnaître, avec plus de zèle que de prudence ; car plusieurs de ces maisons à peine fondées, comptant sans doute sur les libéralités, ne purent voler de leurs propres ailes, et furent bientôt occupées par des congrégations qui, arrivant avec du personnel, de l'expérience et des ressources, purent faire face aux événements. C'est du reste ainsi que fut créée Sainte-Marie de Clermont-Ferrand.

Fondée vers 1835 dans le territoire du « Bois-de-Cros », consistant en un petit enclos et les restes d'une sorte de château, dont subsistent encore les caves et un escalier, par deux apôtres parisiens, Josion et Hilarion, mais sans ressources suffisantes, la maison ne put tenir coup, et dut être cédée à la corporation des frères et sœurs de Sainte-Marie-de-l'Assomption, qui avait pris naissance à Privas quelques années avant, sous l'initiative du « Père Chiron » et qui se destinait exclusivement au service des aliénés. Dès lors, l'asile dirigé par le P. Bal prit rapidement son essor. La première femme fut admise le 27 janvier 1836, les hommes ne vinrent qu'en 1838 ; le premier transféré à l'asile rural et corrézien de la Cellette, le fut en janvier 1838. Depuis cette lointaine époque, l'établissement de Sainte-Marie s'est peu à peu agrandi en territoire et en importance ; aujourd'hui, par suite des agrandissements de la ville, il se trouve dans le plus beau quartier ; il occupe huit hectares, est aménagé à la moderne, et d'après les derniers progrès de la science ; il renferme 950 malades des deux sexes, les uns pensionnaires, les autres d'office ; toutefois

la proportion des femmes est beaucoup plus considérable que celle des hommes, ce qui tient à ce que nous envoyons les aliénés d'office à la Cellette, qui nous expédie ses femmes d'office ; de plus, nous recevons des femmes d'autres départements, ce qu'il est bon de savoir, au point de vue de la statistique.

La loi organique de 1838, bientôt suivie de l'ordonnance royale de 1839 qui vise les établissements, le règlement général de 1852, toute une suite de circulaires ministérielles, la nouvelle loi de 1838 refondue et augmentée, telles sont les dispositions légales et administratives qui ont réglementé tout ce qui touche aux établissements d'aliénés et à leurs malades.

*Documents.* — J'ai puisé mes renseignements à plusieurs sources : 1° d'abord dans un vieux registre aussi énorme que poussiéreux, où est consignée la présence de chaque malade avec les certificats, l'état civil, le mouvement, même le procès-verbal des autopsies ; quelques lignes remplacent les notes mensuelles ; c'est vraiment l'avant-coureur des registres imposés par la réglementation 1838-1839 ; mais l'état civil y est souvent incomplet, et parfois manque, faute sans doute de papiers d'internement suffisants ; de plus l'encre est tellement décolorée que le déchiffrement en est des plus difficiles. A partir de 1839, les registres sont à feuilles imprimées, et tenus régulièrement, et en tout semblables à ceux d'aujourd'hui ; 2° dans la longue collection des registres de placements que j'ai dû déponiller et inscrire feuille à feuille ; 3° dans la collection des rapports d'exercice médical de fin d'année, j'ai la copie de mes trente-deux rapports ; j'en ai retrouvé une dizaine de mon père, quelques autres du directeur lui-même, des notes éparses dans les papiers paternels, qui semblent avoir été des brouillons de rapports, des correspondances administratives, les états semestriels ; 4° dans mon « encyclopédie

mannscrite » ; 5° dans quelques renseignements traditionnels que m'ont communiqués les plus anciens habitants de la maison.

C'est ainsi que je suis arrivé à relever le passage à l'asile de 9.692 malades, se décomposant en : 4.012 hommes et 5.680 femmes, qui se subdivisent en 2.695 femmes mariées ou veuves, et 2.985 filles, dont il faut défalquer 30 inconnues, sans état civil. Le plus jeune de tous les malades avait quatre ans, le plus vieux quatre-vingt-dix-sept ans ! Leur séjour à l'asile a été des plus variables, depuis un jour, jusqu'à des années : une fille C..., encore dans l'asile, y est entrée le 1<sup>er</sup> janvier 1858 ; une autre remonte à 1853, une autre à 1854 ; deux ou trois hommes, encore existant, ont au moins trente ans de séjour. Beaucoup de malades n'ont paru qu'une seule fois, mais ce fait est loin d'être universel ; *a priori*, on peut estimer à un sixième environ les « retours », une fois, deux, quatre, jusqu'à seize fois, ainsi que je l'ai constaté ; on nous conduisit un jour un alcoolique, qui dans différents asiles s'était fait interner trente-trois fois ; il y a dix ans de cela, il a dû arriver au demi-cent. Le retour s'est opéré, et je ne parle pas ici des rechutes hâtives qui forcent de réintégrer un malade quelques jours après sa sortie, mais des récidives, trois, six mois, un, deux ans, cinq ans, quinze, vingt ans même après la sortie ; je ne mentionne pas non plus les alcooliques, qui font tout ce qu'il faut pour rechuter le plus tôt possible ; les récidives éloignées, se reproduisent avec des « formes mentales » diverses, qui à la longue s'éloignent de plus en plus du type primitif, pour en revêtir d'autres en rapport avec l'âge, les idées acquises depuis, les événements subséquents, et les « âges » de la vie physiologique ; presque toujours pour aboutir finalement à la décadence intellectuelle définitive. Les guérisons ont surtout porté sur les cas aigus, les accidentels,

les sympathiques et les provoqués ; il s'est produit des guérisons, même de pseudo-démence, après plusieurs années. Plus loin nous examinerons les « décès ».

Avant d'aborder ma statistique générale, je crois nécessaire d'attirer l'attention sur le fait suivant : dans le très vieux registre, ainsi que dans les deux ou trois premiers volumes du régime 1838, j'ai constaté un tel enchevêtrement d'entrées, de sorties, de transfèremens, soit pour d'autres établissemens, soit pour d'autres registres, tel ou tel par exemple passant d'office à pension, et réciproquement, ou d'office Puy-de-Dôme à autre office, que pour débrouiller cet écheveau, plusieurs années eussent été nécessaires ; j'ai certainement commis, soit des omissions, soit des surcharges, mais en nombre relativement très restreint, de sorte que si ma statistique n'a pas la rigueur mathématique, du moins se rapproche-t-elle assez de la vérité pour donner une idée juste du mouvement général. Notons aussi que le scrupule avec lequel les registres ont été tenus jusqu'à ce jour a été en proportion directe avec les exigences et les progrès ; c'est ainsi que dans les vieux volumes, nous constatons pas mal de « manques » ou lacunes, dues sans doute à l'insuffisance de renseignements ; mais ces desiderata n'étant, en somme, qu'en petit nombre, la statistique ne peut pas en souffrir sérieusement.

On prétend que quatre lettres peuvent se disposer entre elles de 64 manières différentes, et cinq lettres, de 1150 manières différentes. Il en est de même d'une statistique : on peut en torturer les éléments constitutifs de mille manières différentes. Pour moi, ne voulant pas allonger démesurément ce petit travail, et achever de le rendre fastidieux, je me suis renfermé dans les limites qui m'ont paru suffisantes. En effet, j'ai seulement relevé : 1° le sexe ; 2° l'état civil « femmes ou filles » ; 3° la maladie diagnostiquée, sur l'ensemble des docu-

ments fournis par la page individuelle du registre de présence, et non sur celui d'entrée : tel qui est reçu en état de manie aiguë, par exemple, meurt dix ans après en démente, son diagnostic de manie aiguë serait faux, si on ne s'en tenait qu'à son état d'entrée ; 4° les sorties : tous ne sont pas sortis guéris évidemment ; il y a eu des sorties pour des causes très diverses ; on ne peut guère compter que les deux tiers, pour guérisons, améliorations, convalescences, essais, etc. ; 5° les transfèrements : ils sont d'ordre administratif pour la plupart, et par conséquent infiniment plus nombreux chez les hommes-offices, qui sont transférés à la Cellette, que chez les femmes-offices, qui sont au contraire transférées chez nous. Outre les transfèrements administratifs, il y en a donc un certain nombre pour d'autres mobiles et d'autres destinations ; 6° les évasions : l'asile est entouré de murailles élevées, ce qui n'a pas empêché quelques-uns d'entre eux de prendre la poudre d'escampette, dans des conditions que j'ai autrefois décrites dans lse *Annales*, article « Des évasions ». Elles ont été beaucoup plus rares chez les femmes, dont le « conventualisme » est plus étroit que pour les hommes, et les impédiments plus multipliés ; 7° les présences ont porté sur ceux des malades qui se sont trouvés à l'asile pendant les cinq premiers mois de l'an 1900, sans y comprendre les nouveaux, pour ne pas avoir à modifier mes chiffres presque chaque jour ; 8° les décès ont été consignés aussi exactement que possible, bien que quelques-uns ne soient pas indiqués autrefois par suite d'irrégularités d'écritures ; et plus près de nous, par suite de transport « in ultimum » dans la famille.

Les âges ont été répartis par lustres, c'est-à-dire par 5 années, de 0 à 100.

Les maladies ont été réparties par groupes, comprenant chacun plusieurs variétés et espèces similai-



res, pour ne pas multiplier à l'infini la classification.

Les décès ont été répartis en classes de systèmes organiques.

Nous avons dit plus haut qu'elles étaient les déficiences qu'on pourrait reprocher à notre statistique ; nous les reconnaissons, et il y en a même d'autres contre lesquelles il est utile d'être prémuni, mais que nous ne pouvions éviter : ainsi, nous avons compté 9692 présences ou têtes, ayant paru à l'asile, mais ce nombre pris au point de vue du pourcentage, relativement à la population saine, serait une grossière erreur, car j'ai estimé *a priori*, à environ un sixième, les « retours » ; tel malade qui s'est fait interner par exemple, quatre fois à l'asile, a bien constitué réellement pour le dit asile, quatre entrées, quatre personnalités, mais pour la population, il n'en constitue pas moins qu'un seul et même aliéné. Pour se rapprocher de la vérité proportionnelle, il faudrait donc commencer par diminuer le chiffre total d'une certaine quantité représentant les « rentrées ». D'autre part, les hommes-office, après un assez court séjour à Sainte-Marie, sont transférés à la Cellette : ils ne m'appartiennent plus, je ne sais plus ce qu'ils deviennent, et dans leur court passage à Clermont, ils ne me laissent sur leur compte, que le diagnostic d'entrée, d'où impossibilité de suivre l'évolution de leur état mental ; dans la statistique, les sorties, guérisons, décès, ne portent donc que sur ceux qui, pour différentes raisons, sont restés à Sainte-Marie, au lieu d'être transportés à la Cellette. A Clermont, par suite de leur renouvellement incessant, ce petit noyau de dépôt d'environ 20, représente 5 ou 6 fois plus de présences que d'individualités, ce dont il faut aussi tenir compte ; on nous mène pas mal d'ivrognes gambadant sur la voie publique : deux jours après ils sont guéris ; ils se seraient presque aussi bien rétablis

au violon, ce ne sont pas de vrais aliénés. Les femmes-office des départements voisins : Corrèze, Loire, nous sont amenées après un séjour et un commencement de traitement dans les dépôts d'hospice, d'environ trois semaines ; quelques renseignements les accompagnent, mais toujours succincts et trop uniformes. Pour les offices du Puy-de-Dôme, il n'y a que l'arrêt préfectoral ; quand j'ai besoin du procès-verbal d'enquête, il faut que je l'envoie chercher à la préfecture. Enfin, on nous envoie parfois des mourants.

AGE			
Age.		Hommes.	Pourcentage.
—		—	—
De 0 à 5 ans . . . . .		0	
5 à 10 — . . . . .		28	0.697
10 à 15 — . . . . .		31	0.772
15 à 20 — . . . . .		212	5.284
20 à 25 — . . . . .		392	9.770
25 à 30 — . . . . .		492	12.263
30 à 35 — . . . . .		549	13.682
35 à 40 — . . . . .		608	15.154
40 à 45 — . . . . .		518	12.911
45 à 50 — . . . . .		476	11.864
50 à 55 — . . . . .		241	6.006
55 à 60 — . . . . .		193	4.810
60 à 65 — . . . . .		109	2.716
65 à 70 — . . . . .		82	2.043
70 à 75 — . . . . .		42	1.046
75 à 80 — . . . . .		31	0.772
80 à 85 — . . . . .		5	0.124
85 à 90 — . . . . .		1	0.024
90 à 95 — . . . . .		0	0
95 à 100 — . . . . .		1	0.024

Le maximum est donc de 35 à 40 ans.

Age.		Femmes.	Pourcentage
—		—	—
De 0 à 5 ans . . . . .		3	0.052
5 à 10 — . . . . .		14	0.246
10 à 15 — . . . . .		54	0.950
15 à 20 — . . . . .		246	4.330
20 à 25 — . . . . .		508	8.943
25 à 30 — . . . . .		725	12.764
30 à 35 — . . . . .		611	10.757
35 à 40 — . . . . .		610	10.739

	Age.	Femmes.	Pourcentage.
40 à 45	— . . . . .	559	9.841
45 à 50	— . . . . .	467	8.221
50 à 55	— . . . . .	490	8.626
55 à 60	— . . . . .	484	8.521
60 à 65	— . . . . .	202	3.556
65 à 70	— . . . . .	153	1.693
70 à 75	— . . . . .	83	0.461
75 à 80	— . . . . .	46	0.809
80 à 85	— . . . . .	14	0.246
85 à 90	— . . . . .	6	0.105
90 à 95	— (92 ans). .	4	0.070
95 à 100	— . . . . .	2	
Sans âge désigné.	. . . . .	191	3.362

Le maximum est donc de 25 à 30 ans.

En comparant ces deux tableaux, nous constatons entre eux de grandes similitudes ; ainsi dans les deux nous voyons indiqué que le maximum de la folie se montre entre 20 et 60 ans, c'est-à-dire pendant la période active de la vie, celle où elle acquiert son plus entier développement intellectuel, où les passions et les appétences sont le plus intenses, les événements les plus nombreux, les sujets plus nombreux aussi ; jusqu'à 20 ans, l'entendement est en voie de croissance ; dans l'enfance, ce sont les défauts de développement, puis le système nerveux, puis l'imagination et les sens qui s'éveillent. A l'autre bout de la route terrestre, c'est la décadence intellectuelle, l'abri des grands chapitres d'une existence ; mais alors apparaissent l'avarice, l'égoïsme, le doute, le soupçon et un certain névrosisme particulier à la sénilité, que l'enfance ignore, que l'âge viril néglige, trop occupé ailleurs ; c'est cette disposition d'esprit, que quelques auteurs ont appelée : la vieillesse grondense et chagrine. Puis c'est l'affaiblissement de l'intelligence, le rabachage des choses d'autan ; enfin, l'entendement s'obscurcit encore, et parfois se fait jour dans cette débâcle, un état progressif et péniblement grotesque, « l'enfance ». Nous venons de

voir que le maximum était pour la femme de dix ans plus tôt que pour l'homme ; cela tient à ce que la femme est socialement plus avancée que l'homme : on ne marie guère un gamin de 20 ans ; au même âge beaucoup de femmes le sont déjà, et ce nouvel état entraîne, dix ans plus tôt pour elle, les mille soucis de la vie, alors que l'adolescent ne songe encore qu'à se distraire, sans la moindre préoccupation ; une mère de famille de 23 ans, est mère et déjà éprouvée autant et plus qu'un homme de 30 ans.

Nous sommes parti de ce nombre, à savoir : de 1838 à juin 1900, 4.012 hommes ; restant à l'asile, sauf les nouveaux entrants pendant le premier semestre 1900, 122. Décédés 674 ; pour cent, 16,799.

Pour les femmes, nous disons : 5.680 ; dans les mêmes conditions que les hommes restant à l'asile : 796. Décédées, 1.974 ; pour cent, 34,753.

*Sorties.* — Hommes : sortis pour guérison, amélioration et causes diverses, 1.473 ; pour cent, 36,717.

Femmes : sorties dans les mêmes conditions que pour les hommes, 2.089 ; pour cent, 36,778.

*Transfèrements.* — Hommes, 1.667 ; pour cent, 41.550. Femmes, 72 ; pour cent, 1,267.

*Evasions.* — Hommes, 76 ; pour cent, 1,894. Femmes, 10 ; pour cent, 0,176.

Les hommes ont surtout été transférés à la Cellette ; les femmes dans d'autres asiles ; les évadés ont souvent été repris.

## MALADIES MENTALES

Je commence par les diviser en deux grandes catégories : les *initiaux* et les *acquis*.

Faisons d'abord les hommes.

## A. — INITIAUX.

1<sup>er</sup> GROUPE. — *Sourds-muets* : souvent fort intelligents, mais débauchés, violents, vindicatifs; d'autres, imbéciles, délirants par gestes, ou tarés d'autres manières, 11 ; pour cent, 0,274.

2<sup>e</sup> GROUPE. — *Pauvres d'esprit* : minus habentes, dégénérés, lourds, arriérés, têtes dures, mis à l'asile comme correction ou comme tentative de quelque éducation, 35 ; pour cent, 0,872.

3<sup>e</sup> GROUPE. — *Semi-imbécillité* : se font remarquer par un degré de plus de *minus* que les précédents, 61 ; pour cent, 1,520, mis à l'asile dans les mêmes conditions que les « simples ».

4<sup>e</sup> GROUPE. — *Imbécillité* : ici l'apsychie est plus prononcée; elle se complique souvent de délire, d'irritabilité et d'actes compromettants parfois pour les mœurs et les familles, et souvent pour les intérêts; nous en comptons 172 ; pour cent, 4,287.

5<sup>e</sup> GROUPE. — *Crétinisme* : cet état, jadis assez fréquent dans certaines localités des environs de Clermont, a beaucoup diminué avec la pénétration de l'hygiène, d'un certain bien-être et de la civilisation; nous n'en trouvons que 15 ; pour cent, 0,373.

6<sup>e</sup> GROUPE. — *Idiotie* : outre les soins de propreté et autres préoccupations matérielles que leur état exige, ils sont parfois inconsciemment indécents, et aussi très portés à la colère, laquelle s'accompagne de cris et mouvements animaux; plusieurs sont comitiaux; nous en avons compté 232 ; pour cent, 5,782.

## B. — ACQUIS.

§ 1<sup>er</sup>. — Manies.

1<sup>er</sup> GROUPE. — *Folies éphémères* : survenues par alcool ou émotion morale violente, ou « sympathie »,

ou exanthème fébrile, ou encore par suite d'intoxication par opium, haschisch, cocaïne, résurrection après pendaison, submersion, asphyxie, après surmenage intellectuel ou gymnique (bicyclette); tous ces « coups » guérissent en quelques jours, 52 ; pour cent, 1,296.

2° GROUPE. — *Manie aiguë* : naturellement il est considérable, car ses origines sont multiples; c'est lui qui fournit le plus de sujets; il est l'exagération du premier groupe; comme lui, ses phénomènes se manifestent par une tumultueuse turbulence et c'est de beaucoup le cas le plus fréquent; tantôt, par l'opposé, par une sidération s'arrêtant, soit à un marmottage, soit à une simple concentration, ou allant jusqu'à l'état soporeux; j'ai vu plusieurs de ces cas, à la suite d'émotions violentes, ne durer qu'un ou deux jours. En général, le type de la manie aiguë est l'exubérance extrême de la parole, des gestes, l'inattention, l'incohérence; l'accès ne doit guère dépasser un mois, 427 ; pour cent, 10,643.

Guérisons très nombreuses.

3° GROUPE. — C'est la suite du groupe précédent, mais avec plus de lenteur dans l'évolution, et, au lieu de guérison brusque, phase consécutive de dépression, souvent deux ou trois petites rechutes, puis enfin rétablissement définitif; de six mois à un an, 42 ; pour cent, 1,046.

4° GROUPE. — *Manie chronique* : le nombre en est considérable; on peut le subdiviser en maniaques chroniques proprement dits, cantonnés définitivement dans quelques idées, et en délirants généraux, incohérents surtout; les uns et les autres tendent à la longue à la démence terminale; alors il n'est pas jusqu'à leurs traits qui ne revêtent, ainsi que tout l'*habitus*, un aspect particulier, 341 ; pour cent, 8,499.

5° GROUPE. — *Folies intermittentes* : j'y comprends, les « doubles formes » et les circulaires, et aussi les

intermittents courts et à longues phases ou à longues échéances, 49 ; pour cent, 1,221.

6<sup>e</sup> GROUPE. — *Monomanies* : celui-ci s'appelle à juste titre : *Légion* ; on pourrait le subdiviser lui aussi en deux catégories qui seraient : 1<sup>o</sup> les monomaniaques proprement dits, obéissant aux errements infinis de l'imagination ; et 2<sup>o</sup> les délirants partiels, chez qui un certain délire, le plus souvent accompagné d'hallucinations, est l'élément le plus en relief de l'état mental ; le tout nous donnerait le chiffre respectable de 1.127 ; soit pour les monomaniaques polymorphes, 166 ; pour cent, 4,137 ; et pour les délires partiels, 961 ; pour cent, 23,953.

Citons parmi les uns et les autres, mais surtout les derniers, les sous-groupes les plus curieux :

a) *Misanthropie*. — Ce sont des chroniques, souvent pseudo-déments, qui fuient les autres, sont hargneux, parfois même sauvages, mais qui ont une idée spéciale, qu'il n'est pas toujours facile de leur faire avouer, 39 ; pour cent, 0,972.

b) *Hypocondrie*. — Le délire est rarement seul, il s'y trouve mêlé à d'autres états mentaux, 19 ; pour cent, 0,473. Difficilement guérissable.

c) *Persécutions*. — Toutes les nuances, tous les agents, toutes les pseudo-sensations, nous en relevons 154 ; pour cent, 3,838. Quelques cas aigus guérissables.

d) *Mégalomanie*. — Etonnants enfantements de l'imagination, contre lesquels toute discussion échoue, même la mise en présence de similaires ; tantôt restant à l'état d'idée fixe ; tantôt prélude de la paralysie générale ; ici se manifestant à grand fracas, là, discrète, confinée, et n'apparaissant que dans certaines circonstances, 168 ; pour cent, 4,187. Peu guérissable.

e) *Monomanie suicide*, 23 ; pour cent, 0,573.

f) *Monomanie impulsive et monomanie homicide*. — Tendance à la malfaisance chez les enfants, puis les éphèbes; persécutés religieux, persécutés politiques, impulsifs-instantanés, etc., 28; pour cent, 0,597.

g) *Lypémanie et mélancolie*. — Occupe surtout la seconde jeunesse, plus rare à la vieillesse, 167; pour cent, 4,162. Guérissable.

h) *Monomanie religieuse*. — Cas nombreux, appréhensifs, hallucinés, parfois dangereux, conceptions stupéfiantes, iconoclastes, etc., 136; pour cent, 3,389. Assez guérissable.

i) *Démonomanie*, 2; pour cent, 0,049.

j) *Erotomanie*. — Parfois prélude de la démence, surtout quand il y a excès et salacité; à l'état idéal, monomanie interminable, parfois prélude de la phtisie, 30; pour cent, 0,747.

k) *Monomanie jalouse*. — Idée fixe, avec parfois pseudo-sensations sensorielles, confinée à une seule pensée, pouvant donner lieu à des actes répréhensibles, 14; pour cent, 0,348.

l) *Procéduriers*. — Très fréquents chez les paysans; finissent par se faire interner après quelque frasque, 6; pour cent, 0,149.

m) *Kleptomanie*. — Je n'en trouve que 5; pour cent, 0,124; mais il doit y en avoir passé un plus grand nombre.

n) *Pyromanie* (V. *Ann. méd.-psych.* Des combustions volontaires, 1876), 3; pour cent, 0,074.

o) *Anxieux et gémissieurs*, 30; pour cent, 0,747.

p) *Migrateurs*, 3; pour cent, 0,074.

7° GROUPE. — *Délire aigu*: presque toujours par effervescence violente, très rarement par dépression; un ou deux cas par an; toujours mortel, 52; pour cent, 1,296.

Une nuance consisterait en une intensité moins vive,



tenant le milieu entre le délire aigu et la manie aiguë, durant quelques jours de plus, se terminant dans l'épuisement nerveux, bien peu guérissable. Est comprise pour un tiers dans les cinquante-deux précitées. Le délire partiel et le délire général sont traités plus haut dans les monomanies et manies chroniques.

## § 2. — Décadents.

1<sup>er</sup> GROUPE. — *Déprimés* : on pourrait les diviser en deux catégories : 1<sup>o</sup> ceux qui le sont sous l'influence d'une monomanie délirante poignante, telles que la mélancolie et la lypémanie, dont la dépression n'est que l'épiphénomène en relief; exemple : la stupeur, 62; pour cent, 1,545; et 2<sup>o</sup> ceux qui offrent un véritable affaiblissement de l'intelligence, prélude d'une prochaine apsychie; la lourdeur, l'amnésie, la confusion mentale sont dans ce cas; en tout, 183; pour cent, 4,561.

2<sup>o</sup> GROUPE. — a) *Démences* : initiale, intercurrente, terminale, paralytique ou non; en tout, 498; pour cent, 12,412.

b) *Démence sénile*, 131; pour cent, 3,265.

c) *Paralysie générale*, 67; pour cent, 1,669.

## § 3. — Névroses.

1<sup>er</sup> GROUPE. — Nous y comprenons : 1<sup>o</sup> toute une légion de maladies nerveuses, à cheval sur les névroses proprement dites et la folie : catalepsie, hystérie, convulsions, tics nerveux, paralysies agitantes, neurasthénies, ataxies; nous ne les avons observées à l'asile qu'à l'état de complication de vésanies diverses.

2<sup>o</sup> L'épilepsie simple, compliquée de grand et de petit mal, rarissime ou très fréquente, 200; pour cent, 4,985.

Sous le nom d'adynamie, je comprends tout un petit

sous-groupe d'individus amenés à l'asile mourants, ou dans un tel état de faiblesse, qu'ils n'ont que peu survécu à leur admission, 22; pour cent, 0,548.

#### § 4. — Ages.

A l'adolescence, le réveil des passions peut entraîner diverses vésanies, souvent aiguës, désignées sous le nom générique de hétérophrénie, 18; pour cent, 0,448.

La ménopause produit les mêmes effets; confondues dans les autres folies.

#### § 5. — Causes physiques présumées.

Saturnisme. . . . .	3	Pour cent.	0.074
Alcoolisme. . . . .	183	—	4.561
Tabac à fumer. . . . .	1	—	0.024
Morphine, cocaïne. . . . .	1	—	0.024
Simulation. . . . .	3	—	0.074
Sans diagnostic. . . . .	8	—	0.199
Traumatisme. . . . .	6	—	0.149

Nous verrons plus loin les accidents et événements.

C'est la démence qui tient le record, puis la manie aiguë, c'est-à-dire le commencement et la fin.

#### FEMMES

Je vais suivre pour les femmes la même nomenclature que pour les hommes, sauf que je ne ferai aucune exégèse, à moins de cas particulier :

Sourdes-muettes. . . . .	12	Pour cent.	0.211
Débilité. . . . .	37	—	0.651
Semi-imbécillité. . . . .	108	—	1.901
Imbécillité. . . . .	302	—	5.317
Crétinisme. . . . .	8	—	0.140
Idiotie. . . . .	261	—	4.595
Folie éphémère. . . . .	42	—	0.739
Manie aiguë. . . . .	555	—	9.771
Manie sub-aiguë. . . . .	157	—	2.764
Manie chronique. . . . .	357	—	6.285
Manie intermittente. . . . .	131	—	2.306
Misanthropie. . . . .	22	—	0.387

Hypocondrie . . . . .	26	—	0.457
Délire aigu . . . . .	51	—	0.897
Délire subaigu . . . . .	11	—	0.193
Délire partiel . . . . .	195	—	3.433
Délire général . . . . .	379	—	6.672
Monomanies . . . . .	107	—	1.883
Persécutions . . . . .	390	—	6.866
Mégalomanie . . . . .	62	—	1.091
Monomanie suicide . . . . .	25	—	0.440
Monomanie impulsive ou ho-			
micide . . . . .	21	—	0.369
Lypémanie . . . . .	237	—	4.172
Mélancolie . . . . .	99	—	1.742
Monomanie religieuse . . . . .	242	—	4.260
Erotomanie . . . . .	80	—	1.408
Monomanie jalouse . . . . .	3	—	0.088
Hébéphrénie . . . . .	12	—	0.211
Procédurières . . . . .	2	—	0.035
Kleptomanie et avarice . . . . .	9	—	0.158
Démonomanie . . . . .	24	—	0.422
Monomanie anxieuse . . . . .	94	—	1.654
Pyromanie . . . . .	1	—	0.017
Migratrices . . . . .	5	—	0.088
Dépressions . . . . .	211	—	3.714
Stupeur . . . . .	84	—	1.478
Adynamie . . . . .	58	—	1.021
Démences . . . . .	648	—	11.408
Sans diagnostic . . . . .	63	—	1.109
Démence sénile . . . . .	174	—	3.063
Paralysie générale . . . . .	29	—	0.510
Epilepsie . . . . .	279	—	4.911
Alcoolisme . . . . .	19	—	0.334
Névropathies . . . . .	22	—	0.387
Simulation . . . . .	0	—	0
Folie puerpérale . . . . .	22	—	0.387

La folie puerpérale comprend trois époques : pendant la gestation, assez fréquente; après la gestation et par suppression lactée, un peu plus fréquente; pendant l'accouchement lui-même, assez rare, à moins d'éclampsie concomitante, quelquefois albuminurie. L'accouchement n'a en rien modifié l'état mental; ne pas confondre la folie anté-puerpérale avec un état mental déjà préexistant : guérissable.

Morphine . . . . .	1	Pour cent.	0.017
Saturnisme . . . . .	0	—	0

Là encore, comme pour les hommes, c'est la démence

qui tient la corde ; puis vient la manie aiguë. Ce qu'il y a de moins curable, et ce qu'il y a de plus curable : la fin d'une maladie, le commencement d'une maladie.

## ÉVÉNEMENTS ET ACCIDENTS

Pendant l'époque « préhistorique » de l'asile, je veux dire de 1836 à 1845, il y a bien en certainement des faits de ce genre ; sur les vieux registres j'en ai trouvé consignés plusieurs, ainsi que d'autres plus explicitement exposés dans l'énorme quantité de notes et observations laissées par mon père, et que la mort l'empêcha de mettre en ordre ; lui-même m'avait raconté différents cas de suicides, d'éventrations, d'émasculations, de noyades, devenus légendaires dans la maison, et dont les vieux se souviennent encore ; tous ces faits, réunis à ceux recueillis par moi, nous donnent les résultats suivants :

Tentatives de suicide. . .	Hommes.	8	Femmes.	13
Suicides. . . . .	—	7	—	2
Mutilations. . . . .	—	6	—	4
Tentatives d'homicide. . .	—	4	—	0
Homicides. . . . .	—	2	—	1

Un empoisonnement fortuit par de l'eau blanche absorbée, discutable.

Luxations. . . . .	Hommes.	10	Femmes.	6
--------------------	---------	----	---------	---

ainsi réparties : coude, 4 ; épaule, 2 ; clavicule, 1 ; maxillaire inférieur, 3 ; plus : entorses du pied et du poignet.

Fractures. . . . .	Hommes.	7	Femmes.	33
--------------------	---------	---	---------	----

ainsi réparties : bras, 5 ; pouce, 1 ; doigt de pied, 1 ; nez, 3 ; avant-bras, un ou deux os, 8 ; fémur, 4 ; côtes, 7 ; clavicule, 9 ; métacarpien, 1 ; crâne, 5.

NOTA. — Tous ces chiffres me paraissent très au-dessous de la vérité; je n'en ai réellement trouvé traces, je parle des derniers, que dans mes notes.

## ÉPIDÉMIES

Malgré le bon état de salubrité de l'asile, et son hygiène bien observée, il n'a pu échapper aux épidémies : la plus terrible fut le choléra de 1854, qui nous enleva plus de 150 personnes en fort peu de temps. Mon père, qui était seul pour soigner tous ces malades, fut lui-même atteint et survécut. En 1886, épidémie, comme en ville, de fièvre typhoïde; peu de gens atteints, mais forte proportion de décès. En 1890, épidémie de variole, plusieurs décès; revaccination générale. Puis, de loin en loin, petites épidémies d'érysipèles, de fièvre muqueuse, d'entérite aiguë, d'anthrax bénins, le tout sans gravité. En général, la santé a toujours été bonne, et nos malades ne décèdent qu'à des affections organiques comme dans le monde.

## MORTALITÉ

Je ne peux donner cette dernière statistique que sous toute réserve pour plusieurs raisons : jusqu'en 1854, les décès sont portés sur les registres de présence avec leur diagnostic; mais celui-ci y est plusieurs fois oublié, négligé, ou mal indiqué; à partir de cette époque, ils sont portés sur un registre à part avec tout l'état civil de l'intéressé, et les choses sont plus régulières et plus véridiques. Néanmoins il est encore assez difficile de faire un triage, en d'autres termes, de faire la part qui revient aux affections mentales, et celle qui revient aux maladies somatiques : tel qui s'éteint doucement dans son lit, en démence, sera désigné : décédé par suite de démence paralytique; mais si cette fin est précipitée par

une pneumonie ou une entérite aiguë, *a fortiori* par quelque maladie rare compliquante, elle sera indiquée sous le nom de cette maladie terminale. Devant l'incertitude que nous offrent les premiers registres, et le peu de goût à avoir encore à remuer toute cette poussière, je m'en tiendrai au nécrologe spécial qui part de 1854 jusqu'en 1900, soit quarante-six années, ce qui est déjà fort honnête, et suffira largement à nous éclairer sur les variétés et les proportions de léthalité.

Totalité des décès dans cette période : 2.300, soit : hommes, 514; femmes, 1.786, qui peuvent se répartir ainsi :

*Cerveau* : maladies aiguës : méningites, encéphalites, apoplexies et congestions, délire aigu et général, en tout, 188; soit :

Méningites et encéphalites. . . . .	73	Hommes. 35	Femmes. 38
Apoplexies et congestions. . . . .	71	— 29	— 42
Délire aigu. . . . .	41	— 17	— 24
Délire général. . . . .	3	— 2	— 1

*Chroniques* : 675.

Démences. . . . .	467	Hommes. 127	Femmes. 340
Epilepsies. . . . .	146	— 31	— 115
Paralysie générale. . . . .	45	— 31	— 14
Hétéromorphies. . . . .	2	— 1	— 1
Pachyméningite, périencéphalite, encéphalopathies. . . . .	13	— 6	— 7
Moelle, myélite. . . . .	1	— 1	— 0
Tabes. . . . .	1	— 1	— 0

*Cou* : Bouche, pharynx, larynx, glotte, carotide, 8; à savoir : stomatite gangreneuse, hommes, 1; femmes, 2=3. Œdème de la glotte, homme, 1, femme, 1=2. Angine croupale, femmes, 2. Blessure carotide, femmes, 1.

*Cœur* : 180; hommes, 23, femmes, 157. Toutes les variétés cardiaques y sont représentées, particulièrement les chroniques.

*Poumons* : 604, se subdivisant en : maladies des poumons et des bronches, telles que pneumonies, pleurésies, bronchites, engorgements, catarrhes, oedèmes ; affectant tous les âges, et, pour la chronicité, achevant les vieilles gens ; en phtisies affectant surtout les lypémaniques, les mélancoliques, les déprimés. 1<sup>er</sup> groupe : 390 ; hommes, 71, femmes, 319. 2<sup>e</sup> groupe : 214 ; hommes, 30, femmes, 184.

*Estomac* : 20 ; hommes, 3, femmes, 17. Tous des maladies organiques mortelles.

*Foie* : Hépatites subaiguës graves chez des sujets usés, d'âge moyen, 13. Hommes, 2, femmes, 11.

*Intestins* : 105, soit, aigus 44 ; hommes, 2, femmes, 42. Chroniques 61 ; hommes, 9, femmes, 52. Pour le choléra, comme nous avons commencé notre nécrologie sur le déclin de la meurtrière épidémie de 1854, nous ne trouvons plus que 46 ; hommes, 6, femmes, 40.

*Péritoine* : 5. Hommes, 1, femmes, 4.

*Reins* : 16. Albuminurie 15, hommes, 2, femmes, 13 ; Urémie, homme, 1.

*Organes génito-urinaires* : 4. Cystites, hommes, 3. Métrite, femmes, 1.

*Fièvres* : 44, à savoir : diverses, 21, hommes, 8, femmes, 13. Typhoïde, 23, hommes, 3, femmes, 20. Eruptives, 27, soit, variole, 24, hommes, 2, femmes, 22 ; Miliaire, femme, 1. Purpura, femme, 1. Scarlatine, femme, 1.

*Articulations* : 2, à savoir : rhumatisme, femme, 1. Tumeur blanche, femme, 1 = 2.

*Tissu cellulaire* : abcès chauds, froids, diffus, anthrax malins, 8 ; hommes, 2, femmes, 6. Cancers, 11 ; homme, 1, femmes 10.

*Téguments* : Erysipèles divers mortels, 18 ; hommes, 6, femmes, 12. Brûlure, femmes, 1.

*Fluides du corps* : hémorragies non traumatiques

externes, 5; homme, 0, femmes, 5. Hydropisies, 38; hommes, 2, femmes, 36.

*Adynamies* : 254, comprenant les individus amenés mourants, les sitiophobes volontaires ou non, les affaiblis généralement; enfin tous ceux qui finissent par n'avoir plus d'huile dans la lampe : hommes, 35, femmes, 219.

*Vieillesse* : 5; hommes, 1, femmes, 4. Ces 5 se sont éteints dans un âge biblique.

*Événements* : Hernies étranglées, non opérables par suite de l'extrême faiblesse des patients, 3; homme, 1, femme, 2.

*Traumatismes craniens* : 4; hommes, 4, femmes, 0.

*Asphyxie* par pendaison, strangulation, suffocation, 8; hommes, 7, femme, 1.

*Perforation traumatique de l'estomac* : homme, 1, femme, 0. Destruction du même organe par toxique, homme, 1, femme, 0.

*Plaie pénétrante de l'abdomen* : femme, 1.

*Enfoncement du sternum* : femme, 1.

*Rupture des côtes*, dans rixe : homme, 1.

*Attrition des poumons* dans chute : homme, 1.

*Rupture d'anévrisme* : homme, 1.

*Fracture comminutive*, avec issue des fragments; jambe, pied : hommes, 2.

De tous ces décès, c'est la démence qui vient la première; l'énorme différence de proportion entre les femmes et les hommes, à cet égard, tient à ce qu'une forte partie de ces hommes sont transférés à la Cellette, comme je l'ai dit plus haut, tandis que les chroniques femmes achèvent leur carrière dans la maison. Puis viennent les affections pulmonaires qui achèvent à la longue un grand nombre de chroniques; celles-ci sont elles-mêmes le plus fréquemment chroniques. Les adynamies viennent en troisième rang; ce chiffre élevé s'explique par la variété d'âge des adynamiques. Les



phtisiques sont assez nombreux; à l'asile il y en a toujours quatre ou cinq en traitement. Le nombre relativement élevé des apoplexies n'a rien de surprenant pour des cerveaux déjà préparés par leur état, mental ou nerveux. Même observation pour le cœur, organe sensitif, en coordination immédiate avec les sensations de l'âme, et le cerveau lui-même. Les autres maladies ne dépassent pas les proportions ordinaires.

Je m'arrête, je vous soumets mon travail pour ce qu'il vaut; je l'aurais désiré plus complet en y ajoutant les questions de professions, de pays, de saisons; ce que je désirerais faire comme suite, serait de m'en tenir aux malades que j'ai connus, dont je me souviens, dont j'ai les « observations », que j'ai pu suivre moi-même depuis l'éclosion de la maladie jusqu'à sa terminaison; n'en choisir qu'un petit nombre pour chaque maladie, nombre qui serait varié comme âge, sexe, profession et origine ethnographique; on pourrait alors en tirer des conclusions très près de la vérité; c'est ce que je me propose de faire l'année prochaine..., si Dieu me prête vie.

---

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 28 JANVIER 1901 (1)

Présidence de MM. MAGNAN et JOFFROY.

*Considérations sur la paralysie générale à propos d'un cas de syphilis héréditaire chez une jeune fille.*

M. VURPAS lit, au nom de M. MARCHAND et au sien, le travail suivant, fait dans le service de M. Briand, à l'asile de Villejuif :

Il y a une vingtaine d'années, les médecins n'usaient pas dans leur vocabulaire du terme de paralysie générale juvénile. Pour eux, cette affection était une maladie de l'âge adulte et ne se rencontrait pas chez le jeune. Depuis lors, les idées se sont quelque peu modifiées, et aujourd'hui la littérature médicale a réuni un certain nombre de cas relevés dans la jeunesse, plusieurs même dans l'enfance ou le bas âge, qui prennent place dans le cadre de la paralysie générale, rangés d'une façon définitive dans ce groupe pathologique par la symptomatologie, la marche clinique et l'anatomie pathologique. Aujourd'hui, l'esprit des cliniciens étant prévenu par ces nouvelles données, et la possibilité de paralysie générale dans le jeune âge ne faisant plus de doute, le nombre des cas observés et reconnus s'est notablement accru. Il est difficile de supposer que la raison en soit dans une fréquence plus grande de la maladie. Les médecins, connaissant mieux cette affection et même la recherchant, en trouvent des exemples qui autrefois seraient demeurés inaperçus ou auraient été

---

(1) Suite et fin. Voir les *Annales* de mars-avril 1901, p. 256.

classés sous une autre étiquette, comme idiotie, imbecilité, démence précoce, etc.

Le tableau ci-dessous mentionné, où se trouvent relevés les principaux cas de paralysie générale, juvénile ou même infantile, avec examen micrographique, en est une preuve :

Années.	Nombre de cas.	Années.	Nombre de cas.
—	—	—	—
1877. . . . .	1	1891. . . . .	4
1881. . . . .	1	1892. . . . .	1
1883. . . . .	5	1893. . . . .	8
1885. . . . .	1	1894. . . . .	12
1886. . . . .	2	1895. . . . .	13
1887. . . . .	1	1897. . . . .	6
1888. . . . .	2	1898. . . . .	4
1889. . . . .	1	1899. . . . .	5
1890. . . . .	1		
Total. . . . .		67 cas.	

Cependant, le diagnostic de cette affection, surtout lorsque le début en est précoce, est parfois fort délicat du vivant du malade. Comme il s'agit le plus souvent d'enfants atteints de syphilis héréditaire, le médecin est à hésiter entre accidents syphilitiques portant sur le cerveau et paralysie générale. L'observation suivante, recueillie dans le service de M. Briand, est un exemple de la difficulté d'un tel diagnostic. Nous sommes heureux de remercier à ce propos M. Briand de la bienveillance et de l'amabilité qu'il nous a toujours témoignées, ainsi que de ses judicieux conseils.

OBSERVATION. — *T...*, cartonnière, âgée de vingt-cinq ans à son entrée à l'asile de Villejuif. — Père syphilitique. — Hérédo-syphilis. — Infantilisme. — Début de l'affection à dix-sept ans. — Accès mélancoliques. — Crises d'excitation. — Attaques épileptiques. — Aphasie passagère. — Attaques apoplectiques. — Hémiplegie. — Atrophie musculaire. — Mort à vingt-cinq ans et six mois.

*Antécédents héréditaires.* — Les renseignements suivants nous ont été communiqués par la mère de la malade. A son dire, au moment de la conception, le père avait des « boutons » sur le corps. Ce dernier ayant quitté sa femme avant la naissance de l'enfant, nous n'avons pu obtenir des renseignements

plus précis touchant la syphilis héréditaire. Pas d'alcoolisme chez le père. La mère, non nerveuse, n'a jamais eu de maladies graves, ni de fausses couches. Nous ne pouvons relever chez elle aucun accident syphilitique. Quant aux grands-parents paternels ou maternels, leurs antécédents nous font défaut, la mère ne les ayant pas connus.

*Antécédents personnels.* — T... fut nourrie au sein par sa mère. A huit mois, elle présenta une éruption avec fièvre dont nous n'avons pu préciser la nature. Cette maladie déterminant son entrée à l'hôpital Saint-Louis. T... commença à parler à un an; elle ne marcha que tardivement, à cinq ans, au dire de sa mère. La croissance fut lente. De constitution délicate, T... était toujours souffrante. L'intelligence parut normale; notre malade obtint plusieurs prix à l'école communale. Elle eut même son certificat d'études à quinze ans. Réglée à treize ans. Les menstrues furent d'abord régulières pendant deux ans. A quinze ans, T... fut victime d'un accident; le feu prit à sa robe sans déterminer de brûlures. A la suite de cet accident, les règles, qui avaient lieu, disparurent et ne revinrent que cinq ans après. A dix-sept ans, une lésion située au niveau de la commissure labiale gauche, des croûtes sur le front et la tête déterminèrent plusieurs fois son entrée à l'hôpital Saint-Louis. La mère ne peut nous dire le traitement que suivit sa fille. S'agissait-il d'accidents syphilitiques? De quinze à dix-sept ans, T... apprit le métier de cartonnrière. Son apprentissage fut lent. A dix-sept ans, elle gagnait beaucoup moins que ses camarades. Elle cessa alors de travailler. Son entourage avait déjà remarqué de l'affaiblissement de la mémoire. Quelque temps après, elle n'arrivait plus à faire dans toute sa journée que son lit et la toilette de ses cheveux.

Les troubles intellectuels augmentèrent; la malade restait des heures entières sans bouger et devenait indifférente à ce qui se passait autour d'elle. La mère nous dit qu'elle refusait de travailler, qu'elle restait immobile dans un coin, ne s'intéressait à rien, pleurait facilement. Aucune distraction ne parvenait à la faire sortir de sa torpeur. A ce moment, elle répondait à peine aux questions qu'on lui posait. Aucun trouble n'était apparent dans son langage, sinon un peu de bégaiement qui lui était habituel. Très peureuse, elle s'enfermait chez elle. Elle aurait eu à cette époque des idées de jalousie contre son entourage, et même contre des personnes qui n'avaient aucun lien de parenté avec elle. Elle se plaignait de maux de tête fréquents.

D'après la mère, T... ne fit jamais d'excès de boisson. Sa vie fut toujours très simple; elle se couchait de bonne heure et se levait tard. A son réveil, elle était lasse et la fatigue durait toute la journée. Cependant, la maladie suivait son cours, la

mémoire diminuait progressivement, l'incapacité au travail s'accroissait, l'état psychique restait le même.

A vingt-deux ans, la mère remarqua que la parole devenait plus difficile. Ce trouble augmenta dans la suite. Un an plus tard, T... eut, à plusieurs mois d'intervalle, deux attaques; elle tombait brusquement sans connaissance, présentait des mouvements convulsifs, se mordait la langue; de l'écume sortait de sa bouche: la durée de la crise était de dix minutes environ, l'amnésie complète. Après l'accès, la malade restait obnubilée; sa parole était plus embarrassée. Jusqu'ici, T... n'avait jamais eu de crises; après la seconde attaque, elle resta aphasique jusqu'au lendemain; elle aurait eu ensuite une période d'excitation, dans laquelle elle criait, prononçait des propos incohérents, voulait se lever. Elle fit même une tentative de suicide en voulant se jeter par la fenêtre. Dès lors, les troubles de l'intelligence s'accrochèrent davantage. La mère se décida à la faire rentrer dans les asiles.

Notre malade entra le 20 janvier 1900 à l'asile de Villejuif, dans le service de M. Briand, avec le certificat suivant: « Détérioration mentale avec épilepsie. Troubles intellectuels consécutifs aux attaques. »

T... est petite, d'aspect chétif; son poids est de 37 kilogrammes; elle semble plus jeune qu'elle ne l'est; elle a vingt-cinq ans et en paraît à peine dix-huit.

L'infantilisme est très accusé; les formes sont grêles, les seins non développés; absence de poils au pubis et sous les aisselles. Nombreux stigmates physiques de dégénérescence: asymétrie faciale, tic du côté droit de la face; les dents sont petites, mal plantées, écartées les unes des autres; les incisives présentent des érosions semi-lunaires donnant l'aspect de la dent d'Hutchinson; les petites molaires sont en forme de plateau. Du côté des yeux, taie à gauche ayant déterminé la cécité. L'œil droit présente une déformation de la pupille, vestige d'une iritis ancienne. La coloration de l'iris n'est pas uniforme. Le champ visuel est diminué à droite et la malade est obligée de regarder de très près pour distinguer les objets. On remarque un léger embarras de la parole qui semble se surajouter à son bégaiement; la mère avait déjà noté ce changement dans son langage. Les membres et surtout les mains sont animés d'un tremblement fin. Les facultés intellectuelles sont notablement affaiblies; la malade s'est laissé amener à l'asile sans difficulté et sans se rendre compte du lieu où elle venait.

A son entrée, elle fut placée dans un quartier de malades calmes. Durant les premiers mois de son internement, elle eut un vertige que l'on considéra comme épileptique. De caractère difficile, elle se disputait avec ses compagnes, se mettait facile-

ment en colère, s'agitait parfois et devenait violente. A d'autres moments, au contraire, elle pleurait et s'isolait dans un coin de la cour. Pas de délire. Les infirmières avaient remarqué que T... remplissait ses poches d'objets les plus disparates.

Le 21 mai 1900, T... eut, la nuit, un accès convulsif violent dans lequel elle tomba de son lit et se fit une contusion à la face. Examinée le lendemain, nous remarquons chez elle les troubles suivants : d'une façon générale, tout le côté gauche semble hémiplégié. A la face, l'asymétrie est manifeste ; la commissure labiale est tirée à droite, le nez dévié du même côté ; le sillon naso-génien du côté gauche est effacé ; les mouvements des yeux et de l'orbiculaire des paupières sont normaux. Le membre supérieur du côté gauche présente au repos des secousses musculaires involontaires, qui déterminent de légers mouvements de flexion de l'avant-bras. Les mouvements volontaires sont complètement abolis. Le membre inférieur est parésié et présente l'attitude de la flexion, alors que le membre du côté opposé est en extension. Nous relevons également des secousses dans certains groupes musculaires et surtout au niveau des orteils. Nous notons aussi un certain degré de contracture aux deux membres du côté hémiplégié. La sensibilité à la douleur est obtuse d'une façon générale. Au niveau du bras paralysé, l'insensibilité est complète. Les réflexes sont exagérés, surtout du côté paralysé. Les réflexes vaso-moteurs sont très nets et il y a un certain degré de dermographisme. Les réflexes idio-musculaires sont également exagérés. Les membres non paralysés sont animés de tremblements. Cependant, la marche est encore possible ; la claudication est très accusée. Quand le pied gauche se pose sur le sol, la jambe fléchit et le corps se porte immédiatement sur la jambe droite ; cette dernière se redresse alors brusquement, comme dans la marche spasmodique. Le signe de Romberg existe.

Les jours suivants, la malade eut une nouvelle série d'attaques caractérisées par les symptômes que voici :

La crise débute d'une façon brusque. La tête est portée fortement du côté gauche ; celle-ci, placée sur la ligne médiane ou même à droite, revient rapidement à sa première position. Les yeux sont déviés à gauche et animés de mouvements convulsifs qui les dirigent fortement de ce côté. La joue gauche est animée de contractions musculaires. Le pli naso-génien est nettement accentué. A droite, les mouvements de la face sont moins étendus et le sillon naso-génien est effacé. La langue est animée de secousses, qui lui impriment des mouvements de protraction et de retrait.

Les membres du côté droit sont immobiles et paralysés. Du côté gauche, ils sont au contraire animés de légères secousses

musculaires; il en est de même des muscles du thorax de ce côté.

La sensibilité est très obtuse sur toute l'étendue du corps. Elle semble toutefois n'être pas complètement abolie. Elle persiste surtout au niveau de la face.

Au point de vue psychique, la perte de la conscience n'est pas complète, la malade comprend les questions qu'on lui pose : elle tire la langue lorsqu'on lui demande d'accomplir cet acte. La voix est faible, mal articulée et tremblante, avec achoppement. Les réponses de la malade sont à peine intelligibles. Durant chaque attaque, gâtisme. La température atteint comme maximum  $38^{\circ}$  à  $38^{\circ}5$ . Les crises ont une durée d'une heure et demie à deux heures. T... eut quatre jours de suite une série d'attaques semblables.

Dans l'intervalle des crises, la figure est tirée du côté droit; à gauche, elle est flasque et les membres du même côté paralysés. La contracture est généralisée; les réflexes patellaires sont exagérés, surtout du côté gauche.

Examinée quelques jours après cette série de crises, la malade nous présente les symptômes suivants : la température est normale; rien à noter du côté des systèmes circulatoire, respiratoire et digestif : notons simplement l'existence d'escarres fessières et sacrées.

La sensibilité à la douleur et à la chaleur est diminuée du côté droit, abolie à gauche. La recherche de la sensibilité tactile n'a donné aucun résultat en raison de l'affaiblissement intellectuel prononcé de la malade. L'odorat est diminué à droite et à gauche. La malade dit que la substance qui lui est présentée (camphre) sent la vaseline. Le goût est très obtus; du sucre déposé sur la langue provoque une sensation, mais non une perception. T... définit inexactement la substance : elle croit qu'on lui donne de l'antipyrine. La cécité est complète à gauche; elle est due à une taie. A droite, la pupille ne réagit pas à la lumière; le réflexe à l'accommodation n'a pu être obtenu, l'acuité visuelle étant trop faible. La malade ne voit qu'à quelques centimètres. Le sens des couleurs est conservé pour le rouge, le vert, le jaune, le bleu; il est aboli pour le violet, qu'elle prend pour du bleu de Prusse. L'expérience a été répétée plusieurs fois et a donné des résultats concordants. L'ouïe est conservée des deux côtés.

L'atrophie musculaire est généralisée. La malade est incapable de se tenir debout et même assise.

Du côté de la face, les muscles sont parésiés à gauche. La commissure labiale est tirée du côté droit. Le pli naso-génien est très apparent de ce côté. Les muscles du côté droit déterminent seuls la mimique. Le bras gauche est atteint de paralysie

flasque. Le membre inférieur gauche est simplement parésié. La langue, les bras, les membres droits sont atteints de tremblement fibrillaire. Ce tremblement s'accroît à l'occasion des mouvements volontaires ; il est beaucoup plus accusé au niveau des extrémités. Aux mains, chaque doigt tremble pour sa part. Les réflexes patellaires sont abolis aux membres inférieurs. Toutefois, lorsque l'on frappe le tendon rotulien, on voit quelques contractions se produire dans les muscles de la cuisse. La recherche du réflexe de Babinski nous a montré que si l'on chatouille la plante des pieds, tous les orteils entrent à gauche en extension, à droite en flexion. Aux membres supérieurs, les réflexes au niveau des poignets, aussi bien du côté des muscles extenseurs que des muscles fléchisseurs, sont à droite exagérés, à gauche, abolis.

Les troubles du langage sont très manifestes : la parole est lente, nasonnée, troublée. Nous remarquons des accrocs dans la prononciation de certains mots compliqués. Il nous fut impossible de faire lire la malade en raison de la faiblesse de sa vision. Après beaucoup d'efforts nous avons pu la faire écrire : l'écriture est tremblée, certaines lettres sont presque illisibles ; T... est incapable d'écrire plusieurs mots de suite.

L'affaiblissement intellectuel est manifeste. T... peut dire son âge, mais non la date de sa naissance. Elle ne sait ni le jour ni le mois actuels ; elle est incapable de faire une addition ou une soustraction simple ; elle ne sait dans quel asile elle est placée et avec quelle sorte de malades elle se trouve. T... est indifférente à ce qui l'entoure, elle reconnaît néanmoins sa mère et manifeste une certaine joie en la voyant. Elle ne se rend pas compte de sa déchéance et se trouve bien de son sort. Lorsque nous lui demandons si elle se plaît à l'asile, elle nous répond : « Je suis bien contente, parce que je suis bien soignée. » On n'a pu relever chez elle aucune idée délirante.

Les jours suivants, la malade eut encore plusieurs attaques avec élévation de température. A la suite, la déchéance physique augmenta. A la paralysie, qui resta stationnaire, vinrent se surajouter une déviation de la tête à droite et une légère flexion des membres inférieurs, la jambe gauche comprimant la droite. Les escarres devinrent profondes et étendues. La température s'éleva pendant les derniers jours de la maladie et T... succomba au commencement du mois de juillet.

L'autopsie est faite vingt-quatre heures après la mort.

On ne remarque rien de spécial à la surface du corps, sinon l'existence d'escarres très prononcées au sacrum et aux fesses. A l'ouverture du thorax, on n'observe du côté de l'appareil respiratoire ni adhérences pleurales, ni liquide ; les deux poumons paraissent normaux ; nous notons simplement un peu de



congestion aux bases. Le poumon droit pèse 230 grammes, le gauche 192 grammes.

Le cœur, petit, pèse 150 grammes. Le calibre de l'aorte est remarquablement faible. Au niveau des valvules sigmoïdes, il mesure comme circonférence quatre centimètres et demi. On ne trouve pas d'autre lésion.

Le foie paraît sain; son poids est de 1 kil. 170.

La rate paraît également normale; elle pèse 67 grammes. Les reins ne présentent aucune lésion macroscopique. Notons que la décortication entraîne des déchirures superficielles de la substance corticale. Le poids des deux reins est de 205 grammes.

*Système nerveux.* — Pas d'adhérences entre la dure-mère et la boîte crânienne. La pie-mère est épaissie. Lorsqu'on essaye de séparer les méninges de la substance cérébrale, on entraîne des débris corticaux. Plaques rougeâtres, diffuses, disséminées à la surface des hémisphères, surtout au voisinage du pli courbe et au niveau du pied de la troisième frontale de l'hémisphère gauche. Cependant les adhérences ne sont pas plus profondes en ces points. La substance cérébrale et le cortex en particulier semblent ramollis. A la coupe, léger piqueté rougeâtre de la substance blanche; la substance grise est couleur hortensia, les coupes de Pitres ne révèlent aucune lésion localisée. Le cerveau entier pèse 1 kil. 019; l'hémisphère droit 437 grammes; le gauche, 435 grammes; cervelet, bulbe et protubérance, 147 grammes.

Au niveau du plancher du quatrième ventricule, nous relevons l'existence de granulations blanchâtres très petites.

L'extraction de la moelle ne révèle rien de particulier; cependant les adhérences entre la dure-mère et la pie-mère médullaires sont plus nombreuses qu'à l'état normal.

*Examen micrographique.* — Les différentes régions examinées sont : la frontale ascendante gauche, la troisième frontale gauche, la pariétale ascendante gauche, la pariétale ascendante droite, et la frontale ascendante droite. Les coupes ont été colorées au picro-carmin, à l'hématoxyline de Delafield et par les méthodes électives de Weigert-Pal, de Nissl et de Weigert pour la névrogliose.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est la diffusion des lésions avec prédominance au niveau du pied de la troisième frontale gauche et de la région motrice droite.

*Méninges.* — Les méninges sont épaissies, très vasculaires; on remarque à leur intérieur une grande quantité de cellules rondes. Les vaisseaux qui entrent dans la substance corticale, venant des méninges, sont plus gros qu'à l'état normal et gorgés de sang.

*Cortex.* — On remarque dans toutes les coupes, au pourtour des vaisseaux de la substance grise comme de la substance blanche, un manchon de cellules rondes, et fortement colorées. La néoformation vasculaire est très nette dans la substance grise. Par place on remarque un aspect moniliforme des vaisseaux avec parois souvent épaissies. Au picro-carmin, à l'hématoxiline et avec la méthode de Weigert pour la névroglie, on trouve dans la couche moléculaire un feutrage névroglie contenant dans ses mailles de nombreux noyaux; par places on voit de grosses cellules névroglie à prolongements épaissis. Ces cellules sont surtout disposées autour des vaisseaux. La névroglie dans la couche des petites et les grandes cellules pyramidales est représentée par des cellules à prolongements très longs; la prolifération dans ces deux dernières couches est moins accentuée que dans la couche moléculaire. Il existe cependant des régions localisées où la sclérose est plus abondante. Dans la substance blanche, la névroglie semble peu touchée; autour des vaisseaux les fibrilles forment un plexus plus épais qu'à l'état normal.

Avec la méthode Weigert-Pal, on remarque la disparition presque complète des fibres tangentielles et même des fibres de la strie de Baillarger.

Les fibres radiaires semblent aussi diminuées de nombre. Dans la substance blanche on trouve des parties non colorées, qui correspondent à des vaisseaux et qui sont plus larges que normalement. Nous n'avons pas pu voir dans les coupes de corpuscules hyaloïdes qui se colorent en noir par cette méthode.

Au Nissl, on remarque d'une façon très nette de la diapédèse autour des vaisseaux. Quant aux cellules nerveuses, on trouve surtout que les petites cellules pyramidales sont plus fortement touchées que les grandes cellules pyramidales. La coloration que prennent celles-ci est diffuse et uniforme; on ne peut voir à leur intérieur de chromophiles bien colorés. Quelques cellules paraissent déformées, et on note à leur pourtour des noyaux au nombre de deux ou trois qui peuvent être considérés les uns comme noyaux névroglie, les autres comme lymphocytes. Quant aux noyaux, ils sont excentriques et touchent parfois la paroi latérale de la cellule pyramidale. Les nucléoles sont moins colorés qu'à l'état normal, et le noyau lui-même reste légèrement teinté, alors qu'il devrait par cette méthode être incolore.

Les préparations traitées par l'hématoxyline nous ont montré dans le cortex et la pie-mère quelques corps amyloïdes.

*Cervelet.* — Le cervelet, examiné au Nissl et au picro-carmin, ne nous a présenté aucune lésion appréciable.

*Bulbe.* — Les coupes faites au niveau de la partie moyenne

des olives bulbaires ont été traitées par la méthode de Nissl. Les noyaux moteurs de la quatrième paire et de la septième paire contiennent des cellules ayant à leur intérieur des granulations chromophiles bien colorées, mais elles sont pauvres en prolongements protoplasmiques.

On peut encore voir au niveau du quatrième ventricule des bosselures avec nombreux noyaux névrogliques correspondant aux granulations de l'épendyme.

On remarque dans les vaisseaux du bulbe une infiltration cellulaire des parois vasculaires, en tout semblable à celle observée dans le cortex.

*Moelle.* — Les coupes ont été traitées par la méthode élective de Weigert-Pal, de Nissl, de Weigert pour la névroglie, et par la coloration au picro-carmin. Les coupes examinées ont été faites au niveau des renflements cervical et lombaire, et à la partie moyenne de la région dorsale.

Disons immédiatement que nous avons pu voir autour des vaisseaux de la diapédèse comme celle observée dans le cortex.

Les cellules des cornes antérieures semblent posséder un nombre de prolongements moins grands et moins étendus qu'à l'état normal. Le corps de la cellule paraît lui-même atrophié. Par la méthode de Nissl on trouve encore dans les cellules un grand nombre de granulations; mais, par place, on observe de la pigmentation des cellules. Les noyaux et le fond de la cellule restent légèrement colorés, alors que par cette méthode ils devraient être complètement incolores.

Les cellules de la colonne de Clarke ne nous ont pas paru touchées. Les cellules des cornes postérieures ne présentent rien de spécial à noter.

On ne trouve aucune lésion appréciable dans les cordons antérieurs; dans les cordons latéraux, on remarque une disparition de quelques tubes nerveux dans les tractus pyramidaux croisés, aussi bien du côté droit que du côté gauche, mais plus accentués cependant du côté gauche. Quant aux cordons postérieurs, on y voit une lésion correspondant en tous points à celle du tabes insipiens. A la région lombaire, on observe une disparition des tubes à myéline correspondant aux champs radiculaires. Le centre ovale de Flechsig est complètement respecté, ainsi que la zone cornu-commissurale. A la région dorsale, la lésion occupe des deux côtés la bandelette externe de Charcot et Pierret. A la région cervicale les cordons de Goll sont sclérosés. La lésion des cordons postérieurs est nettement systématique. Par la méthode de Weigert pour la névroglie, on remarque aux endroits occupés par la disparition des tubes nerveux une prolifération névroglique intense faisant voir des lésions bien plus accentuées que par la méthode de Weigert-

Pal. Les lésions examinées sur des coupes colorées au picro-carmin sont aussi très visibles, mais moins cependant que sur les coupes traitées par la méthode de Weigert pour la névroglie.

Dans les cornes antérieures on ne trouve pas de lésions des racines antérieures dans leur trajet intra-médullaire.

*Racines postérieures.* — Examinées dans leur trajet compris entre la moelle et le ganglion rachidien, elles montrent dans quelques fascicules nerveux la disparition de plusieurs tubes à myéline. C'est surtout à la région lombaire que l'on fait cette remarque.

Pas de lésions des racines antérieures.

*Ganglions.* — Les *ganglions rachidiens* ont été examinés à la région cervicale, dorsale, sacrée et lombaire.

L'examen a porté sur un des ganglions de chaque région aussi bien du côté droit que du côté gauche.

Les méthodes de Weigert-Pal, de Nissl, et la coloration à l'hématoxyline de Delafield et au picro-carmin nous ont servi pour en faire l'examen.

On trouve les cellules ganglionnaires fortement pigmentées dans chaque ganglion ; mais elles paraissent surtout l'être dans les ganglions de la région lombaire et sacrée. On ne trouve pas de lésions de l'endothélium qui entoure chaque cellule. Par la méthode de Weigert-Pal, il nous a semblé que les fibres nerveuses à myéline s'y trouvaient en aussi grand nombre qu'à l'état normal.

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue. D'abord elle montre que les paralysies générales à début précoce peuvent revêtir les mêmes caractères que la paralysie générale des adultes.

Sous le rapport de l'étiologie, il n'y a pas le moindre doute pour nous que la malade était atteinte de syphilis héréditaire. Accidents cutanés du père au moment de la conception, kératite présentée par notre malade dans son jeune âge, lésions dentaires se rapprochant du type décrit par Hutchinson, signes physiques de dégénérescence pouvant s'appliquer aussi bien à des symptômes de syphilis héréditaire, éruption sur le corps à l'âge de huit mois, ainsi que *ragades*, croûtes dans les cheveux, affections ayant déterminé plusieurs entrées à l'hôpital Saint-Louis, sont en faveur de cette hypothèse.

Le début précoce de la maladie (dix-sept ans), l'évolution lente de l'affection (huit ans) s'accordent avec les remarques des auteurs qui ont étudié spécialement la paralysie

générale juvénile. Toutefois une question se posait au sujet du diagnostic. Étions-nous en présence d'une syphilis cérébrale? Cette affection peut parfois prendre le masque et revêtir l'aspect de la paralysie générale. La plupart des auteurs sont d'accord sur ce point, et le syndrome est alors étiqueté par quelques-uns pseudo-paralysie générale. Si les opinions sont partagées et si un diagnostic précis ne peut pas toujours être fait au moment de la maladie en évolution, l'accord semble près de se faire sur la table d'amphithéâtre. L'affection se révèle alors par des lésions qui lui sont propres : à savoir, d'une part, par des gomme plus ou moins nombreuses, plus ou moins disséminées, plus ou moins volumineuses; d'autre part, par des lésions vasculaires d'endartérite et de périartérite s'accompagnant parfois de ramollissements consécutifs aux lésions des vaisseaux.

Ces deux sortes de lésions peuvent se présenter, soit à l'état isolé, soit combinées l'une à l'autre; c'est le cas le plus fréquent.

La question paraît donc jusqu'ici assez simple et l'autopsie vient éclairer ce point. Mais il n'en est pas toujours ainsi; car, à côté des gomme circonscrites, il y a ce que l'on pourrait appeler des gomme diffuses. M. le professeur Raymond (1) a attiré l'attention des médecins sur ce sujet. La pathologie de la moelle nous apprend, dit-il, qu'il y a deux sortes de méningo-myélite syphilitique : une forme localisée, représentée par des gomme, et une forme généralisée à toute la substance médullaire. Cette dernière est désignée par Gilbert et Lyon (2), Lamy (3), sous le nom de méningo-myélite diffuse embryonnaire. Elle peut se développer rapidement après l'infection syphilitique. Ne pourrait-on pas de même parler avec Rumpf (4) de méningo-encéphalite diffuse embryonnaire? Cette méningo-encéphalite

---

(1) Raymond. Contribution à l'étude de la syphilis du système nerveux. *Arch. de neur.*, vol. XXVII, p. 4, 1894.

(2) Gilbert et Lyon. De la syphilis médullaire précoce. *Arch. de méd.*, 1884.

(3) Lamy. La syphilis des centres nerveux. *Encycl. des aide-mémoire*. Direct. Léauté.

(4) Rumpf. IX<sup>e</sup> Congrès des neur. et alién. de l'Allemagne du Sud-Ouest. Session de Bade, séance du 15 juin 1884.

embryonnaire diffuse se présente le plus souvent unie à des gommés et à des lésions d'endopériartérite. Toutefois, dans certains cas, rares il est vrai, elle peut se présenter à l'état isolé, et les lésions qu'elle présente au point de vue anatomo-pathologique sont absolument celles de la paralysie générale.

M. le professeur Raymond cite trois observations de méningo-encéphalites diffuses embryonnaires. Deux présentaient, à côté des lésions décrites plus haut, des gommés et des lésions vasculaires. La troisième était à l'état isolé ; ni gomme, ni endo-périartérite. Le professeur Raymond se basait d'ailleurs sur ce cas pour démontrer que l'anatomie pathologique ne prouvait rien contre la syphilis, étiologie de la paralysie générale, comme avaient voulu le voir certains auteurs prétendant que les lésions de la paralysie générale n'étaient pas des lésions syphilitiques. De plus, il prétendait passer ainsi de la syphilis cérébrale à la paralysie générale. Cette dernière ne serait rien autre que la terminaison lente d'une syphilis du cerveau ; elle en serait, soit l'aboutissant, la terminaison, ou bien une modalité particulière ayant ses lésions anatomiques spéciales et une allure clinique particulière : « Dans les cas syphilitiques, dit-il, la lésion de la paralysie générale est une lésion histologiquement syphilitique, elle est à la gomme méningo-encéphalique ce que la méningo-myélite embryonnaire est à la méningo-myélite gommeuse, et par conséquent, entre la paralysie générale vraie et la pseudo-paralysie générale syphilitique, il existe vraisemblablement des intermédiaires plus nombreux qu'on ne le croit actuellement (1). »

La paralysie générale est-elle une affection propre, une entité morbide bien définie [Magnan (2), Christian (3), Joffroy (4)], ou bien n'est-elle qu'une modalité spéciale de syphilis cérébrale ou plutôt cérébro-

---

(1) Raymond. *Loc. cit.*, p. 4.

(2) Magnan. Société méd.-psych., séance du 30 juillet 1883.

(3) Christian. Rapport de la syphilis et de la paralysie générale. Cong. intern. de méd. mentale. Paris, 9 août 1889.

(4) Joffroy. Congrès de méd. alién. de France et des pays de langue française. Blois, séance du 5 août 1892.

spinale [Clerc (1), Ballet (2)], ou la terminaison ou l'aboutissant d'une syphilis cérébrale (Raymond) (3), ou encore n'est-elle qu'une affection parasymphilitique (Fournier) (4)? C'est là un point doctrinal soulevé depuis longtemps et qui est encore loin d'être tranché. À l'heure actuelle, doit-on considérer comme de nature syphilitique les lésions de la paralysie générale? Nous sommes loin de nier qu'elles peuvent être provoquées par la syphilis; mais nous ne pouvons reconnaître dans les formes des lésions ordinaires de la paralysie générale la signature de la syphilis. Dans les observations où à l'autopsie on trouve des gommès, de l'endartérite et de la périartérite, des petits foyers de ramollissement consécutifs aux lésions des vaisseaux, il n'y a aucun doute sur la nature de la maladie. Pour quelques auteurs, il s'agit dans ces cas de pseudo-paralysies générales syphilitiques.

Un point particulier et peut-on dire très rare dans la paralysie générale de l'adolescence est la psychose que présenta notre malade à l'âge de la puberté. Idées et même tentatives réitérées de suicide, craintes imaginaires, refus d'aliments, aboulie complète, furent les principales manifestations de son état psychique, caractérisé par des accès mélancoliques sans délire, qui fut le tableau initial de l'affection. Ce fait est très commun dans la paralysie générale de l'adulte et soulève des difficultés de diagnostic très difficiles à résoudre. Quelques années plus tard, des périodes d'excitation succédèrent tour à tour à des périodes mélancoliques: c'est ainsi que T... se présenta à nous dans les premiers mois de son entrée à l'asile. C'est encore là un fait digne de remarque; car ne voit-on pas souvent des malades adultes entrer à l'asile avec le diagnostic d'excitation maniaque et passer ensuite successivement et alternati-

---

(1) Clerc. Considérations critiques sur l'étiologie de la paralysie générale et de la syphilis comme facteur initial. *Anal. Arch. de neurol.*, V, 1898, p. 508.

(2) Ballet. Les lésions initiales de la paralysie générale étudiées par la méthode de Nissl. *Soc. méd.-psych.*, séance du 28 février 1898.

(3) Raymond. *Loc. cit.*

(4) Fournier. *Les affections parasymphilitiques*, 1894, p. 211.

vement par des phases d'agitation et de mélancolie ? Et en réalité, ces malades ne sont que des paralytiques généraux. Relevons à ce sujet que l'état démentiel progressif présenté par notre malade ressemblait à s'y méprendre à celui de la paralysie générale de l'adulte. Cependant il nous a semblé que cette démence n'était pas aussi globale que celle de la paralysie générale des aliénés décrite par les auteurs. Nous avons d'ailleurs fait plusieurs remarques à ce sujet, et il nous a paru que l'affaiblissement intellectuel de certains sujets atteints d'encéphalite chronique n'est pas le même chez tous les malades arrivés à la même période de l'affection. Notre malade avait en réalité un affaiblissement intellectuel très avancé dans les derniers moments de sa vie. Cependant il était encore possible d'avoir avec elle une conversation simple, il est vrai, mais néanmoins suffisamment suivie pour montrer que ses facultés intellectuelles n'avaient pas totalement disparu dans leur ensemble et que la démence n'était pas aussi complète qu'on a coutume de le voir dans les asiles lorsque la maladie arrive à la fin de son évolution.

Les crises convulsives présentées par T... dès le début de son affection ont fait penser à l'épilepsie. Il est intéressant d'étudier quels rapports l'épilepsie et la paralysie générale peuvent présenter. En premier lieu, une épileptique peut-elle devenir paralytique générale ? Lorsque l'apparition des crises a lieu longtemps avant le début de la paralysie générale, on ne peut vraisemblablement pas prétendre qu'il s'agit d'attaques épileptiformes. D'autres fois, épilepsie et paralysie générale évoluent côte à côte. Le diagnostic de la nature des crises (épileptiques ou épileptiformes) est très difficile dans ces conditions. Enfin, le plus souvent, et il s'agit vraisemblablement ici d'un cas de ce genre, les crises soi-disant épileptiques ne sont que les attaques épileptiformes apparaissant au début de la paralysie générale.

Notre malade a présenté également des attaques apoplectiformes. Il est curieux d'analyser l'influence de ces diverses attaques sur les symptômes de l'affection. Nous avons remarqué d'une façon constante une aggravation de tous les phénomènes après les crises. Parfois, au moment de leur production et pendant les quelques heures



qui suivaient, le syndrome paralysie générale était tellement typique que le diagnostic s'imposait. Les jours suivants, les symptômes diminuaient d'intensité et perdaient de leur évidence. La démence semblait moins marquée; l'embarras de la parole, le tremblement des mains et de la langue, moins manifestes. Nous étions alors disposés à suspendre et à réserver notre diagnostic. Le syndrome paralytique fugace s'observe également après les accès chez certains épileptiques; mais il y a aussi chez certains paralytiques, après chaque crise convulsive, comme une recrudescence du syndrome qui va s'atténuant pour reparaitre plus tard et enfin persister.

Les symptômes moteurs ont été tellement prédominants chez notre malade que nous avons cru tout d'abord à une lésion localisée survenue chez une paralytique générale arrivée à la dernière période de sa maladie. On sait combien sont transitoires les phénomènes paralytiques chez les paralytiques généraux. On ne peut relever dans l'histoire de cette affection que quelques observations probantes de paralysies persistantes. Zacher (1), qui a étudié spécialement la question, n'en donne que quatre cas et, remarque intéressante, chaque fois la lésion ne se produisit pas dans l'écorce cérébrale, mais dans la capsule interne. Nous pensons que l'on peut expliquer de la façon suivante cette rareté d'hémiplégies persistantes chez les paralytiques généraux. L'examen histologique d'une coupe de cortex prélevée à l'autopsie d'un de ces malades, montre une abondance très manifeste des vaisseaux sanguins. Ceux-ci forment dans toute la substance un riche lacis. Cette constatation est d'une haute importance pour l'étude de la pathogénie des phénomènes paralytiques survenant chez les paralytiques généraux. Ces troubles auraient pour cause, de l'avis de la plupart des auteurs, des congestions se produisant dans le cortex et s'accompagnant d'œdème. Pourquoi, dans ces conditions, n'observe-t-on pas de

---

(1) Zacher. Trois cas de paralysie générale progressive avec lésion en foyer dans la capsule interne *Arch. de psych.*, XIX, 3. Sur deux cas de paralysie générale avec complication d'un foyer dans la capsule interne. XVIII<sup>e</sup> Congrès des aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest, séance du 30 octobre 1887.

ramollissement ou d'hémorragie corticale? A notre avis, cette richesse vasculaire s'oppose à l'ischémie de la substance grise ainsi qu'aux hémorragies, en facilitant par des voies vasculaires collatérales le cours du sang. Cette pathogénie ne nous donne-t-elle pas également la clef du symptôme aphasie présenté par notre sujet après une crise convulsive? La rapide disparition de ce phénomène paraît justifier cette hypothèse.

Il est encore un fait remarquable relevé chez notre malade, ce sont les variations observées dans l'examen des réflexes, suivant que T... était en attaque ou ne l'était pas. Pendant l'attaque, les réflexes patellaires étaient très exagérés; cet état coïncidait avec de la contracture des membres inférieurs; dans l'intervalle des crises, l'abolition de ces réflexes était constante. Comment expliquer le fait? Nous n'espérons pas trancher la question. Les divergences des auteurs au sujet du mode de production des réflexes nous prouvent que l'on discute encore la voie parcourue et le chemin suivi par le courant nerveux. Au dernier congrès de médecine, on voit les neurologistes les plus autorisés émettre des avis dissemblables. Pour les uns, le réflexe serait produit par la secousse transmise par le tendon au muscle. Pour eux, réflexe exagéré signifierait simplement tonus musculaire exagéré (Scherrington) (1). Pour d'autres, au contraire, l'incitation périphérique, suivant le chemin des nerfs centripètes, aurait son centre de réflexion dans le système nerveux central, le plus habituellement dans la moelle (Jendrassik). Pour que le réflexe existe, il faudrait donc que la moelle ne soit pas lésée, du moins dans le trajet suivi par le courant nerveux. Dans notre cas, ces alternances d'exagération et d'abolition des réflexes, coïncidant avec des lésions nettes des cordons postérieurs, semblent donner raison à la première hypothèse.

L'analyse de cette observation montre enfin une fois de plus que la paralysie générale des aliénés est une maladie protéiforme. Non seulement elle peut revêtir

---

(1) Scherrington et Jendrassik. Nature des réflexes tendineux. XIII<sup>e</sup> Congrès international de médecine tenu à Paris, août 1900. Section de neurologie.

le masque de toutes les maladies mentales, mais encore aux symptômes classiques viennent s'ajouter des troubles moteurs qui peuvent augmenter les difficultés et l'incertitude du diagnostic. Si nous embrassons maintenant l'ensemble de l'histoire pathologique de notre malade, nous voyons se succéder dans l'ordre suivant diverses manifestations pathologiques qui peuvent être regardées plutôt comme complications : accès mélancolique, excitation maniaque, crises convulsives, apoplectiques, aphasie transitoire, hémiplegie, atrophie musculaire généralisée, symptômes tabétiques. Ici, les troubles moteurs et somatiques prennent le pas sur les troubles mentaux. Pour un cas de ce genre, il semble qu'il soit insuffisant de dire que : « Bien connaître la paralysie générale, c'est connaître toutes les maladies mentales. » Pour être complet, il faudrait ajouter que « c'est connaître toute la neuropathologie ».

Dans l'étude de la paralysie générale, le psychiatre doit se doubler d'un neurologiste.

M. M. BRIAND. — L'observation que vient de vous lire mon interne et zélé collaborateur, M. Vurpas, soulève un autre problème que celui des paralysies générales juvéniles. Je veux parler des pseudo-paralysies générales, et je vous demande la permission d'ajouter quelques mots à la communication que vous venez d'applaudir.

Le syndrome paralysie générale (affaiblissement en masse des facultés intellectuelles, hésitation de la parole, inégalité pupillaire et troubles de la réflexivité, pour ne parler que de ses principaux éléments constitutifs), peut-il exister en dehors de l'entité morbide ? Ou bien la pseudo-paralysie générale alcoolique, saturnine, syphilitique, arthritique, etc., n'est-elle qu'une paralysie générale vraie, en rémission ou guérie, survenue chez un alcoolique, un saturnin, un syphilitique, un arthritique, etc. ? à moins encore que les faits publiés ne soient des cas mal observés, pouvant, à la rigueur, être confondus avec la paralysie générale sans cependant la simuler ? — La question reste posée, sans que l'observation qui vient de vous être communiquée ait la prétention de la résoudre.

Pour ma part, j'estime qu'une porte doit être ouverte

ou fermée, et je crains que les pseudo-paralysies générales ne fassent que l'entrebâiller.

La physiologie nous apprend que toute excitation de la rétine, qu'elle soit produite par un traumatisme, une instigation électrique, un rayon de soleil, se traduit par une sensation lumineuse. De même, un nerf sensitif excité produira de la douleur, tandis que l'excitation d'un nerf moteur déterminera un mouvement, ces divers phénomènes restant uniquement liés au mode de réaction de l'organe excité, sans que sa fonction s'exerce différemment si l'agent excitateur diffère.

Il est tout aussi évident que n'importe quelle lésion destructive de la cellule cérébrale ne pourra se traduire que par un même trouble dans le but à accomplir par l'élément noble lésé, le trouble de fonctionnement demeurant toujours identique à lui-même, quelle que soit la lésion qui le provoque.

Ce principe admis, on entrevoit facilement deux principaux modes d'association des lésions de l'encéphale : les lésions circonscrites qui provoqueront des troubles organiques localisés, et des lésions généralisées qui donneront lieu à cet affaissement *en masse* des facultés intellectuelles prises dans leur ensemble, affaissement global sur lequel M. Magnan a si souvent insisté et dont il fait le symptôme important de la méningo-encéphalite chronique interstitielle diffuse.

Il semblerait, dès lors, que partisans et adversaires de la pseudo-paralysie générale soient bien près de s'entendre, s'il est vrai que toute lésion diffuse du cerveau (qu'elle tienne à la syphilis, à un empoisonnement par le plomb, à l'alcool, à une auto-intoxication, au poison rhumatisal, etc.) doive donner lieu à un même syndrome, le syndrome paralytique. — L'accord n'est cependant pas encore fait : les adversaires de la pseudo-paralysie générale, s'ils reconnaissent la possibilité de confondre parfois la paralysie générale vraie avec d'autres affections qui s'en rapprochent, admettent aussi l'existence d'une entité morbide toujours identique à elle-même, se traduisant par des lésions inflammatoires caractéristiques, entité morbide qu'un examen clinique attentif permet de différencier d'avec toutes les autres formes mentales.

Tous les auteurs qui font de la paralysie générale une entité morbide ne sont cependant pas unanimement fixés sur un point : le début de la lésion. A-t-elle débuté par la névrogie, la cellule ou les vaisseaux? Ce qu'ils admettent, c'est que le syndrome paralysie générale sera d'autant plus accusé que la lésion sera plus diffuse, réservant toutefois la dénomination paralysie générale à une entité morbide définie, dont la lésion se présente toujours avec des caractères particuliers et spéciaux.

Pour montrer à quel point le syndrome paralysie générale est fonction du caractère diffus de la lésion, je voudrais vous résumer une observation publiée (1) il y a longtemps et dont je puis donner le dénouement aujourd'hui pour la première fois. Il s'agit d'une femme considérée comme une épileptique, devenue paralytique générale et à la mort de laquelle, survenue longtemps après la publication de l'observation, on constata l'envahissement de l'encéphale par des myriades de kystes hydatiques.

Il s'agissait d'une femme âgée de trente-deux ans, qui entra dans le service de l'admission, dirigé à cette époque par MM. Magnan et Bouchereau, pour y être traitée d'épilepsie et d'excitation maniaque consécutive aux attaques. D'après les renseignements qui sont fournis par le mari, son père était ivrogne; mais il n'y aurait jamais eu d'aliénés dans sa famille. Elle n'a fait aucune maladie et a toujours été emportée et violente; comme le sont généralement les épileptiques. C'est seulement à l'âge de dix-huit ans qu'on se serait aperçu de sa maladie et qu'elle aurait eu sa première attaque; les attaques étaient assez fréquentes et se montraient de préférence pendant la période cataméniale. A l'inverse de ce qui se passe ordinairement, elles finirent par devenir rares. La dernière était antérieure de deux mois à l'entrée de la malade dans le service. La malade était avertie de l'attaque par une aura sensitive ayant son point de départ dans le pied droit pour remonter le long de la jambe, gagner successivement la cuisse, le tronc et la tête. Elle tombait brusquement à terre en poussant un cri, puis se débattait; morsure de la langue, urination involontaire, perte du souvenir, etc.

Plus tard, elle commençait à se plaindre de maux de tête et

---

(1) M. Briand. *Journal des connaissances médicales* du professeur Cornil, 11 déc. 1879, n° 50.

de crampes dans les jambes ; son caractère changeait. Comme cela se passe ordinairement au début de la paralysie générale, cette femme, tout en étant plus emportée, devenait plus facile à conduire, elle s'abandonnait plus volontiers, ce qui constituait chez elle un grand changement dans son humeur habituelle, qui était celle des épileptiques.

En même temps son intelligence baissait progressivement ; elle faisait moins bien son ouvrage, tout en se disant très habile ; la malade en arrivait à ne plus pouvoir terminer une robe qu'elle avait entrepris de confectionner.

Elle manifestait une activité désordonnée, parlait de se mettre concierge pour gagner beaucoup d'argent et faisait de nombreux projets incohérents. A son entrée, M... présente tous les symptômes de la paralysie générale, elle a des idées ambitieuses, raconte qu'à seize ans un prince russe lui a fait un enfant et lui a donné 100.000 francs avec une belle montre en argent, un lit en or et un bracelet en brillants. Elle se dit très jolie fille, elle a un bataillon de toilettes. Ses yeux sont en diamants et les enfants de Napoléon lui font la cour. Quand elle aura son argent, elle achètera le ciel et la terre, bâtira des villes, etc., etc. L'hésitation de la parole est intermittente ; les pupilles sont mobiles, inégales, la gauche restant plus large que la droite. La sensibilité est obtuse sur toute la surface du corps. Les facultés intellectuelles sont affaiblies en masse, ce qui indique une lésion diffuse généralisée, et quoique cette femme présente une grande excitation maniaque, il est facile de se convaincre par un examen approfondi que son jugement est très amoindri. Elle n'apprécie que très imparfaitement la valeur des faits ou des actes les plus élémentaires ; elle est indifférente à ce qui se passe autour d'elle et se laisse conduire avec la plus grande docilité tout en parlant de dominer le monde entier. Par périodes, M... présente aussi des idées hypocondriaques mélangées à des idées de grandeur : elle se plaint d'avoir dans le corps des bêtes féroces qui donnent la vermine.

Le 2 septembre, elle a, pour la première fois depuis son arrivée, un vertige qui s'accompagne de quelques convulsions dans les muscles de la face ; après le vertige elle reste hallucinée pendant un instant et, peu après, ne se souvient plus de ce qui vient de se passer. Le 4, elle a un étourdissement suivi d'obtusion pendant le reste de la journée avec faiblesse très marquée du côté droit. Pas de troubles du langage ; l'hémiplégie diminue peu à peu au bout de quelques jours pour être remplacée par de l'excitation. En même temps les hallucinations augmentent.

De temps à autre quelques idées de persécution apparaissent. Elle entend dire que ses aliments sont empoisonnés ; au mo-

ment de les porter à ses lèvres elle s'arrête, parce que le petit prince lui recommande d'attendre une meilleure cuisine qu'il lui fait préparer. On ne peut la décider à se nourrir qu'en goûtant avec elle ses aliments et en les lui offrant de la part de plusieurs personnages illustres.

Elle marche sans s'arrêter en agitant son bras d'une façon automatique. C'est, dit-elle, pour tirer la mitrailleuse et tuer les Prussiens. La pupille gauche reste plus large et l'hésitation de la parole devient plus appréciable surtout quand la malade parle de ses millions ou de ses diamants. Elle prétend avoir une centaine d'enfants dans le ventre, les sœurs veulent les cuire, mais Rothschild saura bien les défendre; il doit, du reste, lui donner de l'argent pour visiter tous les pays du monde en attendant que la ville de Paris lui rende les 150 millions qui lui sont dus.

C'est à la seconde période de la maladie que l'observation fut publiée.

Dans mes commentaires, j'ajoutais qu'elle était intéressante, surtout parce que les épileptiques deviennent rarement paralytiques généraux. Bien que la paralysie générale ait été indiquée par certains auteurs, non seulement comme une terminaison possible, mais aussi comme une terminaison fréquente de l'épilepsie à cause de la poussée congestive qui accompagne chaque attaque, le fait est loin d'être démontré. En effet, malgré les recherches auxquelles s'est livré M. Magnan, il n'a pu dans ses leçons sur la paralysie générale en indiquer qu'un petit nombre de cas.

L'opinion erronée qui établit un lien direct entre l'épilepsie et la paralysie générale tient à ce que, d'un côté, on avait considéré comme atteints de paralysie générale des épileptiques en démence ayant un embarras de la parole quelconque ou symptomatique d'une lésion circonscrite et que, d'un autre côté, des attaques épileptiformes, du début de la paralysie générale, ont été souvent prises pour des attaques d'épilepsie franche.

L'avenir devait se charger de justifier mes commentaires en ce qui concerne la rareté de l'épilepsie se terminant par la paralysie générale.

En effet, quand la malade mourut, l'autopsie ne révéla aucune adhérence des méninges ni aucune lésion de la paralysie générale. En revanche, le cerveau était

comme farci d'une myriade de kystes hydatiques, revêtant l'aspect de très petites granulations tuberculeuses. Quelques-uns, plus volumineux, atteignaient la grosseur d'un pois et siégeaient uniquement dans le sillon de Rolando et la scissure sylvienne du côté gauche, où ils comprenaient la troisième frontale et la pariétale ascendante.

N'est-on pas autorisé à établir des relations très probables entre le siège des plus gros kystes et les accidents convulsifs d'épilepsie jacksonienne observés, qui débutaient par la jambe droite? Une fois dans cette voie, il n'est pas difficile d'admettre que les plus petits kystes, comprimant les éléments nobles sur une grande étendue de l'encéphale, simulaient une lésion diffuse qui se traduisait par le syndrome cliniquement observé?

\*  
\* \*

Dans l'observation qui fait l'objet principal de la communication que vous venez d'entendre, s'agit-il d'une de ces paralysies juvéniles, sur lesquelles mon savant ami Régis a, il y a quelques années, rappelé l'attention?

— On ne peut l'affirmer : il manquait à cette jeune fille, très manifestement hérédosyphilitique, ce que je voudrais appeler l'aspect sincèrement paralytique général. Ses facultés intellectuelles, si elles s'étaient progressivement amoindries, ne l'étaient pas également dans leur ensemble ; la preuve en est dans ce fait que, peu de temps avant de succomber dans le marasme, au milieu de son indifférence, survivaient quelques sentiments affectifs : elle montrait, par exemple, de la joie en voyant sa mère, et nous a toujours reconnus jusqu'au moment de l'agonie.

Vous avez entendu la lecture des pièces du procès, MM. Vurpas et Marchand ont fait passer sous vos yeux quelques photographies microscopiques.

A vous de juger.

S'il me fallait cependant conclure, je dirais que la jeune fille T... était atteinte d'une encéphalopathie hérédosyphilitique dont le caractère était assez diffus pour se traduire par un syndrome rappelant celui de la paralysie générale.



Que serait donc alors la paralysie générale vraie? — Sans préjuger de l'ordre de subordination des altérations pathologiques, on peut la considérer comme une lésion inflammatoire à étiologie multiple et produite indifféremment par un agent infectieux, syphilis, alcool, auto-intoxication (surmenage), etc., etc.

Cette interprétation n'eût-elle pour effet que de mettre d'accord des observateurs comme Magnan, Miezjewski, Mendel, etc., d'une part, avec Tuczeck, Ziegler, Binswanger, Joffroy, Pierret, etc., ou Ballet, Klippel, etc., on encore d'autre part, Fournier, Régis et plusieurs autres cliniciens distingués, qu'elle mériterait d'être soutenue.

J'y vois, pour ma part, l'explication de bien des faits en apparence discordants : quand, chez un syphilitique devenu dément, on trouve encore la signature de la syphilis, on ne devra, par exemple, diagnostiquer qu'une encéphalopathie-syphilitique. Si la signature est effacée, que la démence soit globale et que la lésion soit celle de la paralysie générale, les partisans de l'étiologie syphilitique pourraient s'approprier le cas et qualifier la lésion de para-syphilitique.

M. le professeur Raymond a d'ailleurs publié trois observations dans lesquelles on passe histologiquement de la syphilis cérébrale à la paralysie générale.

La même interprétation s'applique tout aussi bien aux faits magistralement enseignés par M. Magnan, quand il montrait la transition insensible de l'alcoolisme chronique vers la paralysie générale, qu'à ceux signalés par M. Klippel quand il décrivait dans ces temps derniers une paralysie générale d'origine rhumatismale.

M. TOULOUSE. — Le point particulier sur lequel je veux attirer l'attention est la difficulté du diagnostic de la paralysie générale juvénile. Dans le cas en question, en admettant que ce soit bien de la paralysie générale, on peut se demander quels sont ses rapports avec la syphilis. Mais je ne suis pas d'accord avec M. Briand et je ne crois pas que son cas puisse rentrer dans le cadre de la paralysie générale ; il s'agit plutôt d'un cas simulant la paralysie générale. Cette malade avait passé pour une débile, c'est ce qui arrive souvent. C'est ainsi que des malades ont été classés parmi les idiots alors

qu'ils étaient paralytiques généraux. D'autres se sont montrés comme des déments précoces. Il en est de même pour l'épilepsie. Il est intéressant d'observer les variétés symptomatiques en rapport avec l'âge du sujet.

M. LEGRAIN. — Les observations présentées par MM. Briand et Toulouse sont à leur place et me rappellent un cas de paralysie générale juvénile que j'ai publié il y a une dizaine d'années. L'évolution lente de la paralysie générale, chez les jeunes sujets, rend le diagnostic très difficile. Au début, les paralytiques généraux sont souvent des circonscrits au point de vue des symptômes ; puis il y a généralisation, et on les voit alors souvent passer pour des idiots.

M. BRIAND. — Je n'avais pas l'impression que cette malade était une paralytique générale, en raison de son état intellectuel jusqu'au moment de sa mort.

La séance est levée à 6 heures.

PAUL SOLLIER.

## SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1901.

**Présidence de M. JOFFROY**

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

MM. Doutrebente, Colin, Bernard-Leroy et Trénel, membres correspondants, assistent à la séance.

### *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

- 1° Une lettre de remerciements de M. Maurice Dide, nommé membre correspondant ;
- 2° Une lettre de candidature de M. Marchand, interne à l'asile de Villejuif. — Commission : MM. Sérieux, Pactet et Toulouse, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° Une brochure de M. Giffridi-Ruggeri intitulée : *Survivances morphologiques dans les crânes des aliénés* ;
- 2° Le n° 8 des *Annales de la Société belge de Neurologie* ;

- 3° *La Revue de l'Hypnotisme*, numéro de février 1901;  
4° *Bulletin de la Société de tempérance*, n°s 1 et 2.

### *Rapports de candidature*

M. BOISSIER. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Legras, Ritti et Boissier comme rapporteur, pour examiner la candidature au titre de membre correspondant de M. le Dr Taty, ancien interne à l'asile de Bron, ancien chef de clinique des maladies mentales et actuellement chef du laboratoire de cette même clinique à la Faculté de médecine de Lyon. Enumérer les nombreux titres et les vingt ou vingt-cinq publications originales de M. Taty serait vouloir dépasser les limites d'un rapport ordinaire et revenir sur des ouvrages connus de vous tous.

En effet, en dehors de l'excellente étude d'ensemble sur les *aliénés héréditaires* publiée par notre confrère en 1885, en dehors des intéressants mémoires parus sous sa signature dans les *Annales médico-psychologiques*, et en dehors de son mémoire sur le *diagnostic de la paralysie générale*, couronné par notre Société, qui de nous ne se rappelle ses communications aux XII<sup>e</sup> et XIII<sup>e</sup> Congrès internationaux, aussi bien que son rapport excellent sur les *aliénés méconnus et condamnés* présenté au congrès de Marseille et ses communications aux Congrès de Clermont-Ferrand et de Nancy? Les travaux qu'il a consacrés à la psychiatrie peuvent se diviser en trois catégories : les uns sont des études cliniques et pathologiques pures ; les autres sont des recherches de laboratoire ; les derniers enfin tiennent à la juridiction et à l'assistance des aliénés et sont le fruit des connaissances juridiques très étendues de notre confrère, qui est licencié en droit, et en cours d'études de doctorat. Membre de deux sociétés savantes à Lyon, il collabore ici aux *Annales médico-psychologiques* pour le service des revues. La place de M. Taty est donc marquée depuis bien longtemps parmi nous, et vos suffrages en sa faveur, Messieurs, combleront une véritable lacune en nous associant un collègue aussi distingué.

Conformément à ces conclusions, M. Taty est élu membre correspondant à l'unanimité des votants.

M. PAUL GARNIER. — Dans une précédente séance, vous avez désigné une commission composée de MM. Magnan, Joffroy et Paul Garnier, à l'effet d'examiner les titres de M. le Dr Paul Masoin, qui vous a demandé de vouloir bien l'admettre parmi vous comme membre associé étranger.

M. Paul Masoin, médecin à la colonie de Gheel, n'est pas un inconnu pour vous. Epris de cette science psychiatrique dont l'étude a déjà valu un juste renom à son père, en Belgique, plein d'enthousiasme il est entré tout jeune dans la carrière, fier des traditions de famille, et n'a pas tardé à prouver, par des publications variées et intéressantes, la constance et l'efficacité de ses efforts.

Lauréat au Concours des bourses de voyage en 1893, il vint passer deux années d'études à Paris, partageant son temps entre les services de Sainte-Anne, de la Salpêtrière et de l'Infirmerie spéciale. J'ai, pour ma part, plaisir à me rappeler quel ardent et studieux stagiaire j'eus en lui, pendant une année environ.

A l'expiration de ce stage, il se rendit à Berlin et suivit, avec le même zèle, l'enseignement de M. le professeur Mendel.

Nommé, peu après son retour en Belgique, assistant à l'Université de Gand, pour le cours de thérapeutique, il se consacra surtout, à cette époque, à des travaux de laboratoire. Ses publications, relatant le résultat de ses recherches, lui valurent par deux fois le prix Alvarenga à l'Académie royale de médecine de Belgique.

Enfin, Messieurs, vous n'avez pas oublié le réel mérite du travail que M. Paul Masoin vous a adressé, il y a deux mois ; ce mémoire sur « le délire des négations » que j'ai eu l'honneur de vous communiquer, a été écouté par vous avec la plus flatteuse attention et a donné lieu à une discussion intéressante.

Votre commission est certaine, Messieurs, que vous partagerez son avis sur la très réelle valeur des titres de M. Masoin, et elle s'empresse de vous proposer de lui accorder le titre qu'il sollicite.

Conformément à ces conclusions, M. Paul Masoin est élu, à l'unanimité, membre associé étranger.

M. ROUBINOVITCH. — Au nom d'une commission

composée de MM. Tagnet, Ritti et Ronbinovitch, j'ai l'honneur de vous donner un aperçu des travaux du Dr Möbius, qui sollicite le titre de membre associé étranger de notre Société.

Le savant médecin de Leipzig est connu en France, principalement pour ses travaux neurologiques.

Son *Traité du diagnostic des maladies nerveuses* a en deux éditions, une en 1886 et une en 1894. S'attachant au côté pratique de la neuropathologie, Möbius insiste dans ce *Traité* surtout sur les méthodes d'examen, la symptomatologie générale, les entités morbides. Il évite avec soin tout ce qui est hypothèse ou interprétation anatomo-physiologique, voulant, comme il dit, contribuer à former non pas des anatomistes ou des physiologistes, mais des praticiens capables de résoudre les problèmes que la clinique offre tous les jours à notre observation.

En 1897, Möbius a publié un *Traité sur le tabes à l'usage des médecins praticiens*. Ce travail, légèrement modifié, a paru également en langue anglaise. Le côté intéressant de l'édition allemande se trouve dans un grand nombre d'observations cliniques de tabes ; c'est ainsi que l'auteur cite un cas de *tabes chez un enfant atteint de syphilis tertiaire* ; un autre cas de *tabes d'origine traumatique* ; un cas intéressant de *tabes avec ophtalmoplégie externe*, etc.

Dans les *Annales de Schmidt* sur la médecine générale, notre savant collègue a donné pendant des années les plus riches indications bibliographiques sur l'ataxie locomotrice.

Mais c'est à propos de la maladie de Basedow que le nom de Möbius est le plus connu en France. Dans l'histoire symptomatique de cette affection existe, comme vous le savez, le *signe de Möbius*, c'est-à-dire l'insuffisance de convergence des globes oculaires chez des basedowiens à forte exophtalmie. Partisan de la première heure de la théorie thyroïdienne du goitre exophtalmique, Möbius a publié un nombre imposant d'observations probantes. Dans un cas, il a pu obtenir la guérison par l'ablation d'un lobe de la glande thyroïde.

Il m'est impossible de vous citer tous les travaux, toutes les publications de Möbius en neurologie ; je ne

vous ai indiqué que ce qui m'a semblé être le plus important de cette partie de son œuvre.

Je passe aux travaux relatifs à la psychiatrie. Là encore, il y a abondance, et il me faut choisir.

Möbius a fait, en 1889, un volume sur la maladie mentale de Jean-Jacques Rousseau. Il raconte par le menu tous les faits concernant la famille de ce grand homme, son enfance, sa jeunesse, et démontre que pendant son adolescence Jean-Jacques a souffert d'une névrose d'épuisement. Dans Rousseau arrivé à l'âge d'homme, il retrouve une foule de stigmates de déséquilibre psychique et, par l'analyse de ses travaux, de ses lettres à M. de Malesherbes, de ses relations avec Thérèse Levasseur, M<sup>me</sup> d'Epinaÿ, le duc et la duchesse de Luxembourg, Möbius nous montre le début du délire de persécution de Rousseau, qui ira désormais en s'accroissant tout en subissant de temps à autre des périodes d'accalmie. C'est même à propos de ce travail sur Jean-Jacques Rousseau que Möbius eut l'idée de présenter au public allemand les leçons de M. Magnan sur le délire chronique. La traduction est merveilleusement bien faite. Une seule difficulté surgit : comment traduire exactement le terme de « délire chronique », en égard à la nomenclature allemande des maladies mentales ? Magnan pensa que le nom correspondant le mieux à son « délire chronique » serait : *Paranoia chronica mit systematischer Entwicklung* (paranoia chronique à évolution systématique). Pour Möbius, c'est la dénomination de *Paranoia completa* qui rendrait le mieux l'idée de l'aliéniste français. Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons que remercier Möbius d'avoir contribué à faire connaître dans les pays de langue allemande l'ouvrage si important de M. Magnan.

Möbius a publié un autre grand travail extrêmement intéressant, plein d'aperçus originaux et de trouvailles littéraires se rapportant à notre spécialité. Je fais allusion à son ouvrage sur le poète Goethe qui, comme on sait, était un naturaliste de premier ordre. Mais ce qu'on ignore généralement et ce que Möbius a pleinement démontré, c'est que le grand poète s'intéressait vivement à l'étude de la folie. Animiste avant tout, il professait sur les causes de la folie des idées soutenues

par Stahl, par Heinroth, ce qui est tout naturel pour un poète. La folie est pour Goëthe l'effet ou le paroxysme de la passion. Aussi, le monde, dit-il, est rempli de fous, tous les hommes étant au moins une fois dans leur vie victimes d'une passion quelconque. Point n'est besoin d'aller chercher les aliénés dans des maisons spéciales. Regardons seulement autour de nous, dit le poète, et nous aurons mille occasions de les observer. Et en analysant les œuvres poétiques de Goëthe, on est surpris de trouver de véritables observations recueillies par le poète, tantôt dans la vie réelle, tantôt d'après ses conversations ou bien d'après ses lectures. C'est ainsi qu'entre autres il parle d'un jeune aliéné, pupille de son père et qui demeurerait dans sa maison. Möbius pense que c'est ce jeune homme qui lui a servi de modèle dans la composition de son célèbre roman de *Werther*.

Ailleurs, Goëthe rapporte l'histoire d'un médecin, du D<sup>r</sup> Zimmermann, devenu fou.

Möbius analyse une autre œuvre de Goëthe, intitulée : *Lila*, qui semble même exclusivement consacrée à la psychiatrie. La fable de cette pièce est tirée d'une ancienne comédie française ayant pour titre : *L'Hypochondriaque*. Le héros est un jeune amoureux devenu fou à la fausse nouvelle de la mort de sa bien-aimée. Celle-ci, ainsi que tous les autres personnages du livre, s'efforcent de guérir le jeune fou de son délire, en adoptant ses idées erronées et en parlant comme lui. Et alors, on lui montre plusieurs personnes qui passent pour être mortes et qui, à l'aide de la musique, se trouvent ressuscitées. Finalement, le malade, qui se considérait comme mort, croit être ressuscité comme sa fiancée, dans les bras de laquelle il se jette, et là-dessus le fou guérit brusquement. Naturellement, des faits de ce genre ressemblent singulièrement, et Möbius ne manque pas de le faire remarquer, à ce qu'on observe parfois dans certaines variétés de délire hystérique évoluant à la manière d'un rêve.

Le type de Marguerite, de *Faust*, qui rappelle singulièrement celui d'Ophélie, dans le théâtre de Shakespeare, appartient aussi à la pathologie mentale. De même le délire d'Oreste dans *Iphigénie*, et le type du harpiste dans le roman *Wilhelm Meister*. Quant à ce grand

roman intitulé : *Affinités électives*, où, à propos de l'héroïne principale, Charlotte, il est question de la suggestion et de l'affinité des âmes, c'est une œuvre que tout aliéniste devrait fortement piocher.

Je n'en finirais pas si je voulais vous citer tous les faits cités par Möbius et montrant Goëthe sous un jour tout nouveau, celui d'un psychiatre, qui connaît, jusque dans ses dernières finesses, la psychologie morbide de l'homme. Il faut lire l'ouvrage de Möbius, qui est d'un intérêt vraiment captivant.

Il m'est impossible de passer sous silence toute une série de publications dues à la plume vraiment prolifique de Möbius et qui ont trait à la phrénologie.

Notre confrère de Leipzig s'est constitué l'apologiste du système de Gall. Dans un gros volume très élégamment édité, il fait l'application de ce système à l'étude des crânes de tous les mathématiciens célèbres, depuis Pythagore jusqu'à M<sup>me</sup> Kovalevski, et chez tous il démontre l'existence d'une bosse spéciale, de l'organe du chiffre.

Une autre étude très longue, très documentée, est consacrée à la statue d'Eschyle du Capitole : là aussi, Möbius trouve des rapports évidents entre la forme de la tête et les capacités intellectuelles.

Je vous fais grâce des autres travaux qui n'ont pour notre Société qu'un intérêt secondaire, tels que : *Etude sur l'organisation sanitaire militaire de l'Allemagne*; note *Sur le massage du foie*; un *Discours sur la métaphysique*, un autre sur la *Religion*, conférences contre la *tuberculose*, contre les *maladies vénériennes*, etc., etc.

J'en passe beaucoup, pour ne pas me livrer à une vaine et fastidieuse énumération.

La collection complète des œuvres de Möbius forme une bibliothèque dont je n'ai pu vous donner qu'une idée trop sommaire. Mais le peu que j'en ai dit vous aura donné, je pense, une excellente impression sur la valeur du savant allemand. C'est un esprit d'une grande culture, d'une érudition vraiment peu commune, taillé pour les travaux médicaux et philosophiques d'une haute portée, ayant déjà beaucoup contribué aux progrès de la neurologie et de la psychiatrie. Voilà, j'espère, des titres qui vous paraîtront plus que suffisants pour voter l'ad-



mission du D<sup>r</sup> Möbius, de Leipzig, au nombre des membres associés étrangers de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. Möbius est élu, à l'unanimité, membre associé étranger.

M. RENÉ SEMELAIGNE. — Messieurs, vous avez, à votre dernière séance, chargé MM. Brunet, Febvre et René Semelaigue de vous présenter un rapport sur les titres et travaux scientifiques du D<sup>r</sup> Sutherland, qui demande à être admis parmi vous en qualité de membre associé étranger. Le D<sup>r</sup> Sutherland a fait presque toutes ses études médicales à Glasgow et Edimbourg ; médaille d'or de l'Université de cette dernière ville, il y prit, en 1878, le titre de bachelier en médecine et de maître en chirurgie. Après un séjour à Paris, comme médecin résident du British Hospital, il retourna à Edimbourg pour y soutenir sa thèse inaugurale intitulée : Des hôpitaux, leur histoire, leur construction, leur hygiène. Médecin de la prison de Glasgow, puis de la prison générale, il fut choisi, en 1895, pour remplir les importantes et délicates fonctions de commissaire en aliénation pour l'Ecosse.

Les travaux du D<sup>r</sup> Sutherland sont importants et bien connus de tous ; aussi je me bornerai à mentionner les principaux :

Manie temporaire d'origine toxique ;

Anomalies des lois civile et criminelle ;

Des aliénés dans les habitations particulières et les maisons munies de licence ;

Classification, régime et traitement des ivrognes ;

Folie et responsabilité ;

De la prostate dans ses rapports avec la perversion sexuelle ;

Le système écossais ;

De la responsabilité des intoxiqués criminels.

Messieurs, je suis heureux d'avoir été désigné pour vous prier de bien vouloir accorder au D<sup>r</sup> Sutherland le titre de membre associé étranger.

Conformément à ces conclusions, M. Sutherland est élu, à l'unanimité, membre associé étranger.

*Sur le rôle des impressions kinesthésiques dans la maladie du doute.*

M. PAUL SOLLIER. — M. Séglas, qui a certainement le mieux approfondi le mécanisme de l'obsession, a déjà signalé le rôle de certaines impressions cœnesthésiques et kinesthésiques dans certains cas de phobie. J'ai moi-même, en 1896, comme lui aussi d'ailleurs, fait remarquer que certains doutes tiennent à des troubles de la mémoire. Que cet affaiblissement de la mémoire vienne d'une obnubilation momentanée de la conscience, ou d'une diminution réelle et permanente du pouvoir mnésique lui-même, peu importe; le fait à retenir est que, dans certains cas, le doute sur les actes qu'on a exécutés ou sur ceux qu'on croit n'avoir pas accomplis, tient à un trouble de la fonction mnésique.

Dans cette note sur le rôle de la mémoire dans la maladie du doute, j'attirais l'attention sur la distinction qu'il y a lieu de faire entre les douteurs : les uns croient n'avoir pas fait ce qu'ils ont fait, les autres craignent d'avoir fait une chose qu'ils n'ont pas faite. Si, comme je le disais, la discontinuité dans les souvenirs peut expliquer le doute dans ce dernier cas, cette discontinuité n'est pas un fait primitif; elle résulte vraisemblablement d'un trouble momentané de la conscience. Mais cette explication ne me paraît pas encore suffisante, car il reste à se demander pourquoi le sujet remplit l'espace de temps d'inconscience par des actes supposés toujours d'une nature qui contraste avec son caractère habituel, et généralement malfaisants, plutôt que par des actes quelconques et auxquels aucune préoccupation morale ne serait attachée. En outre, il est à remarquer que jamais le sujet ne s'adresse au témoignage de ses sens externes pour s'imaginer avoir fait ce qu'il se reproche; il se borne à dire qu'il lui semble qu'il a dû faire la chose, mais ne se représente pas lui-même la faisant. Il m'a semblé que cela méritait d'être étudié d'un peu plus près, et certains faits sont venus me montrer qu'il fallait chercher ailleurs que dans un trouble de mémoire l'explication de ces cas.

Une de mes malades craignait de mettre des épingles

dans les carafes qui se trouvaient sur la table ; une autre, de les porter à sa bouche et de les avaler. Or, toutes deux avaient ceci de commun, c'est qu'au moment même où cette crainte leur venait, elles ressentait une sorte de contraction dans le bras, qui était assez forte souvent pour que, dans la crainte de succomber, elles se prissent un poignet avec l'autre main. Mais ordinairement l'impression n'était pas aussi forte et aucun autre sens n'intervenait pour contrôler leurs actes. Alors il leur restait une impression vague du mouvement nécessaire pour accomplir l'acte qu'elles redoutaient, et le doute sur la réalité de cet acte survenait. Comment n'auraient-elles pas douté en effet, puisque d'un côté elles avaient l'impression kinesthésique de l'acte et que de l'autre aucun sens externe, la vue par exemple, ne venait confirmer cette impression ? Là, il n'est pas besoin d'invoquer une perte momentanée de la conscience ou de la mémoire ; il y a à la fois deux impressions qui se contredisent : l'une kinesthésique, qui fait croire au sujet qu'il a accompli l'acte ; l'autre visuelle, qui est à la fois positive et négative : positive en ce qu'elle lui montre les actes accomplis pendant qu'il se figure en avoir exécuté un autre, et négative en ce qu'elle ne lui montre pas celui qu'il croit avoir exécuté. Le sens interne se trouve en contradiction avec les sens externes, et le doute vient de cette opposition, sans même qu'il y ait besoin d'invoquer un moment d'inconscience ou d'amnésie. Il est certain toutefois que la conscience est affaiblie momentanément dans ces cas.

Je pourrais citer plusieurs autres cas analogues où le rôle des impressions kinesthésiques est tout aussi manifeste. Dans un d'eux, il se joignait quelquefois des illusions de la cœnesthésie qui étaient de telle invraisemblance que le sujet reconnaissait lui-même qu'il était impossible qu'il eût accompli l'acte qu'il redoutait. Le cas auquel je fais allusion est celui d'un jeune homme qui se figurait en effet porter sa main à ses parties génitales et projeter du sperme ou d'autre liquide sur les personnes qui se trouvaient devant lui, ou toucher les plaies, les boutons qu'il voyait à d'autres personnes et mettre ses mains dans les saletés qu'il pouvait rencontrer. Aussi passait-il son temps à se contracter les

bras derrière le dos pour résister à ce qu'il appelait ses mouvements nerveux. Or, un jour il sentit son bras s'allonger tellement qu'il pouvait atteindre un mur situé à plus de 30 mètres, passer par-dessus et plonger avec la main dans des ordures situées de l'autre côté. Il reconnut cette fois que ce n'était pas possible et qu'il était le jouet d'une illusion; mais cela ne l'empêcha pas du reste de rester absolument convaincu que dans tous les autres cas les mouvements qu'il croyait exécuter n'étaient pas également une simple impression subjective. Mais ce qui le confirmait dans son doute, c'est qu'il avait constaté que lorsqu'il se sentait ainsi poussé à faire ce qu'il ne voulait pas, il avait comme un vertige qui lui faisait perdre la conscience nette des choses, et que dès lors il était incapable de savoir combien cela durait et ce qu'il avait fait pendant ce temps.

Illusion kinesthésique des mouvements nécessaires à l'acte que l'on redoute, contredite par les sens externes, mais obnubilation de la conscience permettant de ne pas tenir compte du contrôle de ces derniers, équilibre par conséquent entre deux impressions dont la seconde est sujette à caution, tel me paraît être le mécanisme du doute dans certains cas de phobie.

Quant au caractère contradictoire des actes redoutés avec les tendances du sujet, à ce que M. Séglas appelle avec Raggi le contraste psychique, il me semble qu'il s'explique tout naturellement et qu'on peut appliquer ici le raisonnement par l'absurde, employé quelquefois en mathématiques. En effet, on ne saurait avoir peur de ce qui est conforme à notre caractère et à nos tendances: un individu vicieux et aimant à faire le mal, ne craindra pas de causer du mal à autrui; il sera même enchanté de le faire d'une telle façon que personne ne s'en aperçoive. Tel autre, sensible et adorant ses enfants, ne redoutera rien tant que de leur faire involontairement du mal. Si donc il se sent quelquefois la conscience un peu obscurcie, il craindra tout naturellement d'agir contre eux dans ces moments-là. Tel autre encore, soucieux de sa santé, ayant horreur de la douleur, redoutera tous les actes qui pourraient lui causer du mal. De mes deux malades, l'une craignait de mettre des épingles dans la carafe des autres, la seconde de les avaler par inadvertance. L'une

était pleine de dévouement et de bonté, l'autre était très égoïste et pensait d'abord à elle.

Ce qui m'a paru constant, c'est, comme l'a si bien fait remarquer M. Séglas, la perversion de la conscience, sa diminution, alors qu'on donne sa conservation comme un caractère spécial des obsessions et des phobies.

Ces remarques nous permettent de dire que la maladie du doute est loin d'être, comme on l'a cru longtemps, une maladie univoque comme pathogénie. Ce qui paraît fondamental, c'est le trouble de la conscience, trouble qui ne me paraît d'ailleurs pas primitif, mais concomitant des troubles des sphères sensitivo-motrices donnant lieu aux impressions sur lesquelles sont basées logiquement en quelque sorte les obsessions et particulièrement les doutes.

M. SÉGLAS fait remarquer que chez les individus atteints de folie du doute, les phénomènes psychiques qui figurent à l'origine de l'idée obsédante sont très variables. Tantôt ce sont des troubles de l'attention, de la mémoire, de la perception, souvent des phénomènes de contraste psychique, des troubles cœnesthésiques ou hallucinatoires. Ces phénomènes peuvent varier suivant les individus, mais aussi chez le même individu pour chaque crise d'idées de doute. Leur détermination n'est pas sans importance. Car si tous témoignent d'un trouble de la perception personnelle, tous n'ont pas à cet égard la même portée ; et il en est qui, par leur nature même, (ceux étudiés par M. Sollier sont de cette catégorie) produisent une perturbation plus grande de la conscience et peuvent ne plus être jugés par le sujet, qui ne se rend plus un compte exact de leur caractère pathologique. Cette distinction peut être utile au point de vue de l'évolution ultérieure de la folie du doute. Bien des auteurs admettent qu'elle ne peut pas aboutir à un délire confirmé. M. Séglas rappelle qu'il a déjà, pour sa part, exprimé à plusieurs reprises un avis contraire. Un certain nombre d'observations publiées par d'autres auteurs témoignent que cette transformation n'est pas une exception. M. Séglas cite à ce propos un nouvel exemple d'un malade qui, des idées de doute, de scrupules obsédants et conscients, a passé par une sorte d'évolution progressive à de véritables idées délirantes d'auto-accu-

sation, puis de persécution avec hallucinations, toutes ces idées diverses s'enchaînant, se systématisant les unes avec les autres. Or, ce malade, au début, présentait souvent à l'origine de ses crises de doute de ces illusions cœnesthésiques ou kinesthésiques qui font le sujet du travail de M. Sollier.

*Hallucinations psycho-motrices et spiritisme dans un cas de paralysie générale.*

M. TRÉNEL. — La malade, âgée de quarante-huit ans, a présenté dans sa jeunesse des troubles mentaux menstruels; elle aurait eu une vie un peu orageuse. Depuis de nombreuses années elle vit avec un individu qui l'a introduite dans un milieu de spirites. M<sup>me</sup> X... prit part à tous les exercices habituels; mais tout en suivant assidument les séances, elle ne parvint jamais par elle-même à en réussir aucun.

Ayant perdu son amant en juillet 1899, elle fut à cette époque très troublée et se livra dès lors avec frénésie aux pratiques spirites sous la direction d'un ami, qui interrogeait pour elle l'âme de son amant, la faisait converser par la table, etc. Elle s'exerça en particulier à l'écriture médianique, mais sans succès.

Ce n'est qu'en avril 1900 que M<sup>me</sup> X... parut tout à fait bizarre à son entourage: elle se sentait malade, courait les médecins pour les consulter sur toutes sortes de malaises. Elle se croyait atteinte d'une affection pulmonaire. Elle souffrait en réalité d'une sialorrhée intense telle, qu'elle devait, dit sa fille, emporter quand elle sortait un sac imperméable pour y mettre ses mouchoirs, incessamment imprégnés de salive. On constata en même temps un léger embarras de la parole.

A la suite d'extravagances, elle est amenée à l'asile Saint-Yon, le 13 octobre 1900. Dès son entrée, elle se montre extrêmement hallucinée, elle ne cesse de converser avec son amant, faisant elle-même les questions et les réponses; elle tient constamment la main devant la bouche, et quand on lui en demande la raison, elle répond « qu'il lui parle dans le ventre, ou bien encore qu'elle est ventriloque ». Quand elle a un moment de

répét, une simple interpellation suffit pour susciter les hallucinations et faire retomber la malade dans son état d'excitation ; reprenant son attitude hallucinogène, elle fait, là encore, questions et réponses d'une façon toujours précipitée et incohérente.

Au bout de quelques jours, on put la faire écrire sous la dictée de ses hallucinations, et l'une des photographies que je présente la montre sous cet aspect. Les écrits de la malade portent le cachet de la paralysie générale ; mais on peut cependant y reconnaître le dialogue entre la malade et ses hallucinations internes.

Je n'ai appris qu'un peu tard que M<sup>me</sup> X... s'était exercée aux manœuvres spirites ; mais elle s'est toujours refusée à en pratiquer devant moi, sauf une fois où j'ai pu la photographier faisant soi-disant parler les tables. Ses essais se sont bornés à soulever la table de la manière la plus manifeste ; elle lui faisait heurter le sol d'une façon saccadée ; en même temps elle se livrait à ses dialogues habituels, d'ailleurs sans le moindre intérêt.

Actuellement, la malade reste très hallucinée, elle ne cesse de converser avec une foule de voix ; mais elle les extériorise et dit aujourd'hui qu'on lui parle de dessous le plancher. Elle se montre, de plus, réticente et moins abordable. On constate cependant un nouveau fait : ce sont des contorsions de la main droite, qui, d'après la malade, l'aident à entendre ses voix.

Comme autres symptômes psychiques, la mémoire est très diminuée, l'intelligence affaiblie ; la malade émet des idées absurdes (elle a une âme de diamant, etc.).

Les signes physiques ont toujours été assez peu accentués. Les pupilles présentaient de l'hippus au moment de l'entrée ; plus tard une inégalité pupillaire est devenue manifeste. Les réflexes tendineux sont forts et, même depuis quelques jours, il y a ébauche de tremblement épileptoïde. Le réflexe massétéрин est exagéré ; la sialorrhée, déjà diminuée à l'époque de l'entrée, a peu à peu disparu ; le mâchonnement qu'on constatait à cette époque persiste au contraire. Il n'existe pas de gros troubles de la parole, mais on note cependant des accrocсs de temps à autre. Il y a du tremblement de la

langue et des mains. Depuis quelque temps, la malade a été prise de diarrhée, et elle s'affaiblit.

Le point à noter dans cette observation est l'apparition d'hallucinations psycho-motrices chez une femme adonnée aux pratiques spirites. Pourrait-on émettre l'hypothèse qu'une sorte d'éréthisme des centres psycho-moteurs a déterminé la localisation spéciale des premiers troubles paralytiques?

Quoi qu'il en soit, le rapport des hallucinations psycho-motrices et du spiritisme est bien connu. M. Séglas, par exemple, a cité ici même, à propos d'une discussion sur ces hallucinations, le cas d'un malade persécuté, qui, spontanément, remplace à un moment donné ses hallucinations par des pratiques de tables tournantes, pratiques dans lesquelles intervient surtout un élément moteur. A ce fait, le nôtre peut être comparé, avec cette différence que les exercices spirites ont précédé l'apparition des hallucinations. A ce propos, rappelons encore les mouvements de la main droite, qui accompagnent parfois les crises hallucinatoires. Enfin, il est intéressant de constater accessoirement cette coïncidence de la sialorrhée. Ce phénomène est loin d'être rare dans la paralysie générale, spécialement au moment des attaques, mais il est exceptionnel de lui voir atteindre cette intensité.

Les symptômes psycho-moteurs sont aujourd'hui bien atténués, et des hallucinations auditives simples prédominent. L'observation n'en a pas moins quelque intérêt en raison de la rareté des hallucinations psycho-motrices dans la paralysie générale. Depuis la première observation de M. Sérienx, bien autrement concluante d'ailleurs que la nôtre au point de vue clinique et anatomique, il en a été bien peu publié d'analogues. Dans sa thèse récente (1), M. Rieu n'en a recueilli que neuf cas.

M. BRIAND. — Il n'est pas rare de rencontrer la sialorrhée dans la paralysie générale. Le plus habituellement elle est due à une idée hypocondriaque qui pousse le malade à cracher pour se débarrasser du poison ou de l'objet qu'il croit avoir dans la bouche ou la gorge; d'au-

---

(1) *Thèse*, Paris, 1899.



tres fois, elle est le résultat d'un véritable réflexe. Les hallucinations psychomotrices sont plus rares ; néanmoins, si les observations publiées n'atteignent pas la douzaine, des cas semblables se rencontrent parfois, et il faut savoir gré à M. Trénel d'avoir enrichi la science d'une nouvelle observation.

Quel est d'ailleurs le syndrome qu'on n'ait jamais rencontré dans la paralysie générale ? On peut exprimer cet avis que la paralysie générale est aux psychoses vraies ce que l'hystérie est aux autres maladies nerveuses, c'est-à-dire qu'elle peut les simuler toutes.

A propos du rapport des hallucinations psychomotrices de la malade de M. Trénel avec les préoccupations spirites qu'elle a manifestées, on peut ajouter qu'on observe fréquemment ces sortes d'hallucinations chez les médiums sincères.

Je pourrais vous citer l'exemple caractéristique d'un jeune homme instruit qui, appartenant à une famille spirite, ne se gênait nullement pour donner le coup de pousse aux tables récalcitrantes que ses parents faisaient tourner. Il était le premier à avouer ses supercheries, qu'il invoquait même pour convaincre ses parents de l'absurdité de leur croyance.

Un jour, ce jeune homme eut une hallucination psychomotrice. Une voix se fit entendre dans sa poitrine et qui parlait par ses lèvres. Ce fut pour lui une révélation ; il se crut médium intuitif. Maintenant, on l'interroge, il fait une courte prière, en invoquant le Christ dont il reproduit la voix. C'est dans ces conditions qu'il a accompli des actes dangereux qui ont amené son internement. Je suis convaincu que la médiumnité de beaucoup de spirites n'a pas d'autre cause.

M. SÉGLAS, à propos des rapports de certains phénomènes spirites et de divers symptômes psychopathiques, fait remarquer que la ligne de démarcation est bien difficile à saisir. C'est ainsi que certains phénomènes observés chez les médiums de diverses catégories, intuitifs, semi-mécaniques, mécaniques, tels qu'ils sont par exemple décrits dans les ouvrages d'Allan Kardec, reproduisent absolument les particularités des différentes variétés d'hallucinations verbales motrices qu'on observe chez les aliénés. Aussi n'est-il pas étonnant de

retrouver ces hallucinations spéciales chez les individus qui s'adonnent aux pratiques spirites et finissent par verser ultérieurement dans la folie, ainsi que cela est arrivé en particulier pour une malade dont M. Séglas a rapporté l'histoire dans ses leçons cliniques.

M. DUPAIN. — J'ai dans mon service une malade qui, entraînée par l'exemple d'une personne de sa connaissance, s'est livrée à des pratiques de spiritisme. Elle faisait tourner les tables et demandait aux esprits des consultations financières, ayant l'espoir d'augmenter ses modestes ressources par la réussite d'opérations ou de placements rémunérateurs. L'esprit de la table lui a dit qu'elle était marquise et qu'elle pouvait prétendre à un héritage de plusieurs millions. Elle présente, avec des hallucinations de l'ouïe, des troubles de la sensibilité générale. Elle prétend qu'elle a été hypnotisée et qu'on l'électrise la nuit. C'est précisément le médium qui la persécute. Il y a peu de temps que cette malade est dans mon service et je suis en train de prendre son observation.

M. GILBERT BALLEZ. — Je regrette de n'avoir pu entendre la communication de M. Trénel; mais puisqu'il est question en ce moment des délires observés chez les spirites et à propos du spiritisme, je tiens à dire que j'ai été amené, ces temps derniers, à m'occuper des faits de cet ordre, et j'ai l'intention très prochainement de faire à la Société une communication sur ce sujet. Entre autres cas, j'observe en ce moment un médium qui, à la suite de pratiques spirites, a été affecté d'hallucinations psychiques intenses sous l'influence desquelles il a fait plusieurs tentatives de suicide. Or, lorsqu'on cherche chez ce malade, en dehors de la question de degré, une caractéristique qui le sépare des spirites, particulièrement des médiums auditifs, on ne la trouve pas, ou du moins je ne l'ai pas trouvée. L'état mental nettement pathologique des sujets de cet ordre n'est pas foncièrement différent de celui des médiums auditifs, qu'on hésite à considérer comme des malades. Mais c'est un point sur lequel j'ai l'intention de revenir et ne veux pas aujourd'hui insister davantage.

M. MAGNAN. — Il serait intéressant de connaître les antécédents héréditaires de la malade.

M. TRÉNEL. — Je ne connais pas ses antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels, elle a présenté des troubles mentaux à l'époque de la puberté.

La séance est levée à 6 heures.

RENÉ SEMELAIGNE.

---

---

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

---

## JOURNAUX ITALIENS

### **Rivista quindicinale di Psicologia, Psichiatria, Neuropatologia.**

ANNÉE 1897.

I. — *Forme rare de crampe professionnelle*; par le D<sup>r</sup> G. Montesano (n° du 15 mai). — L'auteur décrit un cas spécial de crampe se manifestant dans l'acte de coudre et de tricoter. L'observation est minutieusement prise et l'auteur discute à ce propos les trois théories pathogéniques en présence, théorie des actions antagonistes, théorie du réflexe sensitif et théorie des lésions centrales. Son cas lui semble se rapporter à cette dernière théorie parce que, unilatérale dans l'acte de coudre, la crampe est bilatérale dans l'acte de tricoter chez le même sujet.

II. — *Forme spéciale d'aura chez une épileptique*; par le D<sup>r</sup> G. Pacetti (n° du 15 mai). — Une enfant a été mordue à l'âge de neuf ans par un chien. Il lui est resté trois petites cicatrices à la gorge. Trois mois après, surviennent des attaques convulsives. A l'âge de vingt ans, troubles psychiques, hallucinations de la sensibilité générale. Cet état s'améliore et on observe dès lors qu'au début de la crise le sujet crie qu'elle sent le chien qui la mord. L'auteur discute à ce sujet le diagnostic entre l'épilepsie et l'hystérie. Les stigmates d'hystérie manquant absolument chez le sujet, il adopte le diagnostic d'épilepsie, bien que l'hallucination survenant à titre d'aura soit la plupart du temps de nature hystérique.

III. — *Notes de psychologie criminelle*; par A. Niceforo (n° du 1<sup>er</sup> juin). — Relation de quelques réponses de condamnés démontrant l'absence de mémoire du fait délictueux et l'absence de sens moral par le faux jugement que portent les coupables sur l'étendue et la gravité de leurs actes, par la manière dont ils louent leurs actions les plus immorales, ou en parlent sans honte.

IV. — *Cas atypiques de paralysie progressive*; par le D<sup>r</sup> E. Sciamanna (n° du 15 juin). — Deux observations : l'une se rapportant à un homme de quarante-deux ans dont la maladie débute par un tremblement du bras droit et de la dysenterie, les troubles psychiques arrivant beaucoup plus tard (l'autopsie montra des lésions de méningo-encéphalite dominant à gauche, avec athérome artériel); l'autre, concernant un homme de quarante-deux ans, alcoolique, dont la maladie débute par de l'aphasie transitoire et chez lequel on pose le diagnostic de pachyméningite hémorragique et on pratique une craniotomie qui démontre l'aspect parfaitement normal des méninges. La suite de l'observation fait assister à l'évolution nette d'une paralysie progressive. L'auteur pense que dans ces deux cas l'altération des cellules ganglionnaires a été consécutive à des lésions vasculaires de la base prédominant d'un seul côté et il paraît admettre, sous réserve de recherches anatomo-pathologiques plus complètes, la possibilité de terminaison par méningo-encéphalite chronique d'un trouble trophique primitif du cortex.

V. — *La sensibilité générale chez les criminels et les prostituées (Note résumée)*; par le D<sup>r</sup> R. Spina (n° du 1<sup>er</sup> juillet). — L'auteur a expérimenté sur quatre-vingt-quinze criminels et vingt-cinq prostituées. Il a employé, pour ses recherches sur la sensibilité esthésiométrique, l'esthésiomètre de Siewking; pour la sensibilité à la douleur, l'algomètre de Belloni; pour la sensibilité électrique, le traîneau à la Dubois-Reymond; pour la sensibilité thermique, le thermoesthésiomètre d'Eulenburg; et pour la détermination du maximum de chaleur tolérable, un appareil spécial qu'il a construit sous la direction du professeur Sciamanna et du D<sup>r</sup> Pardo.

De ces recherches très minutieuses et très complètes se dégage la conclusion que l'hypoalgésie et dans certains cas l'analgésie sont presque les mêmes chez les criminels et les prostituées. Chez ces dernières, les troubles sensitifs sont moins marqués que chez les premiers. Il existe souvent du mancinisme au point de vue sensitif et les criminels de sang ont une sensibilité plus obtuse. Ces résultats confirment les données de l'école de Turin et, en ce qui concerne les prostituées, se rapprochent sensiblement de ceux obtenus par M<sup>me</sup> Tarnowsky dans son étude anthropométrique sur les prostituées et les voleuses.

VI. — *Satyriasis récurrent chez un alcoolique et hystérie dans un cas de folie morale. Examen médico-légal*; par le D<sup>r</sup> O.

Giacchi (n° du 15 juillet). — Des carabiniers en tournée entendant des plaintes féminines trouvent, par une sombre soirée de novembre, au pied d'un poteau télégraphique, dans un fossé de grande route, un couple composé d'un homme adulte et d'une jeune fille de seize ans, l'oncle et la nièce, dans une position caractéristique. La jeune fille raconte que son oncle l'a entraînée en voyage le matin, l'a violée dans un pré désert et, le soir, en revenant, a recommencé dans le fossé où on les a trouvés. L'oncle, avouant qu'il a bien obtenu deux fois dans cette journée les faveurs de sa nièce, prétend au contraire que cette jeune fille est très dévergondée; qu'ayant voulu lui faire des reproches, elle lui a énergiquement répondu qu'il n'y avait point de mal pour une jeune fille à faire l'amour avec un homme et qu'elle le ferait avec lui, que cette conversation lubrique lui a fait oublier les liens de parenté qui l'unissaient à elle; que le soir, au retour de leur voyage, ils ont recommencé, et que les cris de la jeune fille proviennent de ce qu'il n'avait pas voulu étendre sur la terre mouillée son vêtement à lui, et qu'elle en avait gâté ses habits de fête.

L'examen médico-légal fait constater que la jeune fille est fille d'un alcoolique chronique et d'une mère morte tuberculeuse, que sa sœur a quitté le domicile paternel et vit libre dans une des plus grandes villes d'Italie. La prétendue victime du viol est d'un tempérament nerveux, hystérique, n'a ni pudeur ni sens moral. Elle raconte avec cynisme ses antécédents, avoue qu'elle a perdu sa virginité depuis plusieurs mois et se livre à l'onanisme et au tribadisme depuis plusieurs années. L'examen anatomique montre les stigmates de ces derniers vices et ne fait constater aucune trace de viol.

L'oncle, l'inculpé, présente des tares morales, surtout au point de vue sexuel. C'est un alcoolique, et enfin, d'après les dires de sa femme, car il est marié, il présente des accès de satyriasis récurrents, revenant à peu près tous les mois, accès dont a déjà failli être victime une fillette de douze ans, sa belle-fille, qu'il a fallu éloigner. Pour l'auteur, il s'agit d'accès sexuels, revêtant le type d'équivalents psychiques épileptiques. La conversation lubrique a déchaîné l'accès. Quant aux cris entendus par les carabiniers, ce sont des cris passionnels, et non des appels au secours. La jeune fille est atteinte de folie morale.

Le tribunal a écarté le viol et puni l'homme de deux mois de prison pour outrage à la pudeur. Il sera intéressant, dit

l'auteur, de voir ce qui se passera en prison lors du retour de l'accès périodique de satyriasis.

VII. — *Délire systématisé de négation*; par le D<sup>r</sup> A. Giannelli (n° du 15 juillet). — Trois observations, suivies d'un court, mais complet historique, ou plutôt d'un index des travaux faits sur la question. L'auteur pense que les formes actuellement admises de délire de négation, sont :

1° Les formes greffées sur la mélancolie. Délire de négation de Cotard, délire essentiel de négation de Falret, ou mieux syndrome de Cotard;

2° Le délire de négation dans les folies systématisées (paranoïas), hypocondriaques, bien décrit par Séglas, et pour lequel il propose la dénomination de syndrome de Séglas;

3° Le délire de négation dans la folie systématisée (paranoïa) de persécution (Cotard, Séglas).

Les deux premières observations rapportées se rattachent au premier type; la troisième rentrerait dans le dernier, n'était l'apparition d'accès véritablement mélancoliques avec auto-accusation au cours du délire de persécution qui fait le fond de l'observation. C'est une forme de passage entre le syndrome de Cotard et le délire de négation chez les persécutés.

VIII. — *Equivalents musicaux des attaques épileptiques. Attaques de chant*; par le D<sup>r</sup> Sante de Sanctis (n° du 1<sup>er</sup> août). — Les deux cas cliniques que rapporte l'auteur sont surtout une contribution à la nosographie des attaques épileptiques, personne n'ayant encore décrit les chants des épileptiques, pendant leurs attaques ou en remplacement de celles-ci.

Le premier cas concerne un homme de vingt-cinq ans dont la mère est épileptique, et qui a eu des crises ordinaires depuis l'âge de douze ans. Dans un paroxysme épileptique, entre des attaques convulsives, le sujet s'est mis à chanter des chansons populaires. Le chant durait quelques minutes, puis survenait la crise convulsive. Plus tard il prit des attaques dans lesquelles le chant occupa la place de la phase convulsive, l'attaque commençant par une aura, et se terminant par une phase de stupeur. C'est là un type d'attaques de chant (*attacchi di canto*).

Dans l'autre cas, on a pu noter de véritables équivalents musicaux (*equivalenti musicali*) de l'attaque épileptique. Une femme de trente-six ans, épileptique depuis l'âge de dix-huit ans, entre à la clinique pour troubles psychiques liés à l'épilepsie. Le 13 mai 1897, elle pâlit subitement, et tombe à terre. On lui glisse un coussin sous la tête : elle saisit le cou-

sin dans ses bras, et exécute des mouvements de coït en chantant un cantique du mois de Marie. L'attaque dure deux, trois minutes et est uniquement constituée par ce chant et ce mouvement rythmés, suivis d'une période de stupeur et de complète amnésie. Le 14 mai, elle eut encore d'autres attaques constituées par de la pâleur, un chant populaire et quelques mouvements automatiques (exhibition, enlèvement des vêtements). Depuis, elle a repris des attaques ordinaires.

IX. — *Equivalents musicaux des attaques épileptiques*; par le D<sup>r</sup> A. Cristiani (n° du 1<sup>er</sup> septembre). — Le travail de Sante de Sanctis a éveillé rapidement l'attention des observateurs, et l'auteur donne un nouveau cas du même genre observé à l'asile de Lucca. Le fils d'un célèbre professeur de piano et de chant de Lombardie, épileptique en voie de démence, présente des accès d'automatisme musical pendant lesquels il chante des notes, des phrases, des airs, toujours les mêmes pour la même série de crises, accompagnés de mouvements analogues à ceux d'un chef d'orchestre ou d'un maître de musique.

X. — *Tics et paranoïa*; par le professeur E. Sciamanna (n° du 15 septembre). — Dix observations de tics psychiques suivis ou accompagnés d'états d'angoisse, dans lesquelles le doute angoissant, la peur morbide, l'impulsion irrésistible s'incarnent en une idée fixe qui force l'attention du sujet sans qu'il puisse y échapper par la réflexion ou la critique. L'auteur les fait suivre d'un diagnostic différentiel avec la paranoïa typique.

XI. — *Réflexes douloureux d'origine psychique et de nature professionnelle. Notes cliniques*; par le D<sup>r</sup> Montesano (numéro du 1<sup>er</sup> octobre). — Il s'agit du cas d'une jeune violoniste de seize ans, prise de lancées douloureuses dans les doigts de la main gauche quand elle jouait du violon, lancées qui finirent par apparaître, même quand le sujet entendait une autre personne jouer du violon, et enfin quand le sujet pensait à l'acte de jouer. La jeune fille guérit par le repos absolu. De ce cas, l'auteur rapproche celui d'un maître de chant, pris de douleurs dans les oreilles en entendant chanter ses élèves. Les douleurs variaient suivant le timbre des voix entendues, la hauteur des notes, l'éloignement du chanteur, le motif chanté, le trouble s'aggravant quand il s'agissait des exercices de solfège habituels, et quand le maître accompagnait lui-même au piano. Pas de troubles somatiques du côté des oreilles, ni dans les autres organes.

Le premier de ces cas montre comment, à la suite d'un



trouble professionnel dans lequel est en jeu l'automatisme moteur, les symptômes morbides (crampes, douleurs), qui d'habitude sont nécessairement liés à l'exécution des mouvements, peuvent, avec le temps, se placer sous la dépendance de la seule activité psychique, et le second cas montre au contraire comment, à la suite d'un trouble professionnel dans lequel est en jeu l'automatisme psychique, les symptômes morbides ne se limitent pas seulement à la sphère psychique (irritation, énervement), mais se traduisent en véritables douleurs localisées.

XII. — *Un cas de névrose migraineuse*; par le Dr Mario Diamanti (numéro du 15 octobre). — Après avoir rappelé les idées de Féré et de Mingazzini sur les rapports entre la migraine ophtalmique et les attaques épileptiques, et la description des névroses migraineuses donnée par Sciammana en 1894, l'auteur résume deux observations de Tombesi et donne l'histoire d'un professeur de sciences naturelles, fils d'une mère migraineuse, qui, sous l'influence de la fatigue de ses travaux scientifiques, eut, pendant la nuit, et tandis qu'il était à sa table de travail, des hallucinations visuelles et auditives. Son père ou sa mère lui apparaissaient. Il s'entendait appeler du dehors par son nom. Il avait conscience du caractère morbide de ces phénomènes, qui se reproduisirent sept à huit fois en quatre ou cinq années. Depuis quelques mois, les phénomènes hallucinatoires visuels ont disparu, et le sujet souffre de crises migraineuses très douloureuses. Les hallucinations auditives ont persisté.

L'auteur ne pense pas qu'il s'agisse ici de simples équivalents migraineux, mais bien d'une véritable névrose migraineuse de Sciammana, parce que les phénomènes psychiques sont survenus chez un sujet qui n'était pas migraineux auparavant.

XIII. — *Rapports d'identité, de ressemblance, d'analogie et d'équivalence entre le rêve et la folie. Etats de rêve. Equivalents oniriques*; par le Dr Sante de Sanctis (numéros des 1<sup>er</sup> et 15 octobre). — C'est la première partie d'une communication intitulée « Psychoses et rêves » faite par l'auteur au Congrès de Bruxelles (septembre 1897), communication publiée dans les actes de ce Congrès avec une bibliographie complète. Une analyse ne peut donner qu'une imparfaite idée de cet important travail. Nous nous bornerons à signaler quelques conclusions de l'auteur : à côté des états désignés en français sous le nom de rêverie, de rêvasserie, en allemand de *Traumerei*, de partielle *Schlafzustände*, d'états hypnoïdes, qui se rapprochent de l'état

hypnagogique, il y a lieu d'admettre deux formes d'états de rêves pathologiques pendant la veille (*due forme di stati sognanti patologici della veglia*) :

a) Etats de rêve, ainsi appelés à cause de leur ressemblance psychologique avec le rêve ;

b) Etats de rêve, ainsi appelés parce qu'ils ont avec le rêve physiologique des rapports d'origine et de texture, véritables états de rêve.

Quant à la dénomination d'équivalents oniriques et hypnagogiques d'une maladie donnée, il faut la réserver au phénomène ou à l'ensemble de phénomènes qui, existant pendant le sommeil ou la période hypnagogique, répondent aux trois conditions suivantes :

1° Le phénomène doit présenter dans sa physionomie ou son évolution des caractères spéciaux qui le différencient des autres phénomènes communs au rêve ou à l'état hypnagogiques ;

2° Il doit être exceptionnel, c'est-à-dire ne pas représenter un événement habituel au sujet, ou être un symptôme ou une variété de la maladie dont souffre le sujet ;

3° Il doit s'observer chez des sujets qui ont en état de veille des troubles formant sous forme d'accès le pendant de l'équivalent onirique ou hypnagogique en question, ou bien chez des sujets qui présentent d'autres symptômes permanents d'une maladie qui peut se présenter par paroxysmes ou par crises.

Comme exemple typique de phénomène de ce genre, l'auteur rapporte le cas d'une femme de vingt-huit ans, qui présentait des attaques convulsives nocturnes d'hystérie. Trois ans après, elle fut sujette à des rêves se présentant sous forme d'accès. La malade rêvait que le bras et la jambe du côté droit étaient privés de sensibilité. Elle se réveillait et s'apercevait qu'elle ne pouvait plus mesurer les mouvements de ces membres. Il y avait de l'incoordination.

XIV. — *Recherches bactériologiques sur le liquide céphalo-rachidien des éléments paralytiques* ; par les Drs G. Montesano et M. Montessori (numéro du 1<sup>er</sup> décembre). — Ces recherches ont été faites dans la clinique psychiatrique du professeur Ezio Sciammana, sur onze éléments paralytiques. Ponction de Quincke, à l'aide de la seringue de Turcini ou de Roch, d'une capacité de 30 à 40 centimètres cubes, avec une aiguille de 8 à 10 centimètres. Stérilisation de la seringue, de l'aiguille et de la peau du sujet, qui était endormi au chloroforme. Extraction de 20 à 4 centimètres cubes de liquide. Observation microscopique.

pique directe du liquide. Observation du sédiment obtenu par la centrifugation. Inoculation directe du liquide aux animaux. Cultures aérobies. Cultures anaérobies. Distribution directe du liquide dans des tubes stérilisés.

Cette série d'opérations a fait rencontrer aux auteurs : quatre fois le bacille visqueux, trois fois le streptocoque pyogène, deux fois des staphylocoques dorés et des sarcines, et une fois le bacille du tétanos.

Trois cas ont été négatifs au point de vue microbien.

Le cas dans lequel on a constaté la présence du bacille du tétanos a été particulièrement suivi. L'autopsie a été faite par Mingazzini. On a trouvé les lésions classiques de la démence paralytique. L'examen bactériologique *post mortem* a montré de nouveau le bacille du tétanos.

Quant au bacille visqueux, *bacillo viscoso*, c'est un bacille spécial qui tue rapidement le cobaye par infection générale, mais ne provoque chez le lapin qu'une infection locale, guérissant en sept ou huit jours. Les auteurs donnent ses caractères bactériologiques en détail, et pensent qu'il s'agit peut-être d'une forme particulière du *Bacterium coli*.

Des considérations générales terminent cette remarquable étude. Les auteurs semblent penser que la présence des microbes, dans le liquide céphalo-rachidien, si elle ne peut pas encore servir à élucider l'étiologie de la paralysie générale, peut du moins permettre de comprendre certains phénomènes surajoutés. A propos de leur cas, dans lequel ils ont trouvé le bacille du tétanos, ils font remarquer que le malade qui a présenté ce bacille et l'a toléré au moins pendant trois mois, a eu une forme particulièrement grave et rapide, avec de nombreuses attaques épileptiformes, et ils rappellent à ce sujet les idées du professeur Pierret, qui croit à l'action locale de produits toxiques spéciaux comme seule hypothèse possible pour expliquer lesdites attaques.

D<sup>r</sup> TH. TATY.

---

## JOURNAUX ANGLAIS

**Journal of Mental Science**

ANNÉE 1898 (1).

XV. — *Une nouvelle méthode de Nissl*; par le D<sup>r</sup> J. R. Lord (numéro d'octobre). — Le procédé de préparation recommandé par le D<sup>r</sup> Lord consiste à faire des coupes de tissu frais avec un microtome réfrigérant. L'alcool n'est pas employé, ce qui permet de suivre, sur la pièce examinée, les progrès de la dégénérescence graisseuse. L'agent fixateur est une mixture de formol et d'acide picrique. On colore avec le bleu de méthyle de Nissl.

Cette technique permet d'obtenir des coupes d'une remarquable netteté où la sélection des tissus est parfaite. Notre confrère décrit la cellule nerveuse. Elle consiste en une masse de protoplasme au contour grossièrement triangulaire. Elle est le plus souvent étoilée (la forme pyramidale ou triangulaire résulterait du durcissement). Elle émet de nombreux prolongements, dont le principal traverse les feuilletés extérieurs de l'écorce. Le bleu de méthyle y montre une fine fibrillation. De petits corps en forme de fuseaux et de bâtonnets, fortement colorés, sont disséminés à travers la cellule. Le noyau est entouré d'un protoplasme plus foncé que lui; on y découvre aisément un réseau fibrillaire. Le nucléole est très coloré, et l'on peut y percevoir un endo-nucléole plus clair. Enfin, on trouve fréquemment dans les grandes cellules pyramidales, même saines, une matière jaune qui est réfractaire à la couleur. Cette substance n'est autre que de la graisse, et représente le déchet de l'élément cellulaire.

La dégénérescence graisseuse des cellules parcourt les phases suivantes. Le noyau augmente de volume; il se fonce et devient granuleux. Les corps ovoïdes se fragmentent; on les trouve ordinairement près de la paroi. Le noyau perd sa forme et se distingue à peine du protoplasme qui l'entoure. Peu à peu, les fines granulations se transforment en graisse, et leur teinte se modifie graduellement, passant du bleu foncé au vert foncé,

---

(1) Suite et fin. Voir les *Annales* de mars-avril 1901, p. 291.

au vert clair et au jaune. Enfin, la cellule est détruite, son contenu s'échappe, et il ne reste que des débris de prolongements. Ces changements que l'auteur a pu suivre ne sont pas liés forcément à la folie. Il regarde les grandes cellules comme des centres trophiques, et il pense que les lésions de la folie doivent être cherchées dans le feuillet externe de l'écorce.

Il a vu, sous un fort grossissement, les fibrilles traverser la cellule de part en part sans s'arrêter au noyau, et il en conclut que ce dernier n'est pas le centre des impulsions nerveuses. S'il fallait lui attribuer une fonction, elle serait purement nutritive. On remarquera, en effet, que c'est dans le noyau qu'apparaissent les premiers signes de la dégénération active, ce qui tendrait à établir le rôle trophique de cet organe.

XVI. — *L'histologie normale et pathologique des cellules nerveuses corticales, spécialement dans ses rapports avec la folie*; par les D<sup>rs</sup> Ford Robertson et Orr (numéro d'octobre). — L'action des colorants sur le corps cellulaire tient la place la plus importante dans cet troisième travail de micrographie, dont les auteurs ont surtout cherché à préciser les aspects propres à la cellule pathologique dans les cas d'aliénation mentale. Ils s'occupent d'abord de la cellule normale au point de vue de la coloration. Nissl divise les cellules nerveuses en *karyochromes* et *somatochromes*. Ces dernières (riches en couleurs) sont les mieux étudiées. Leur protoplasme est formé de deux éléments, chromophile et achromatique. Le premier est constitué par les corps de Nissl (fuseaux, bâtonnets) qui sont vivement colorés; ces corps ne se voient pas dans le cylindre-axe. Le second est composé de fibres nombreuses et délicates, non colorées, arrangées en lacis dans le corps de la cellule, et se continuant dans les prolongements protoplasmiques et le cylindre-axe. Ces fibres sont la partie conductrice du neurone. On regarde généralement aujourd'hui les éléments chromophiles comme une provision qui se consomme pendant l'activité de la cellule. Enfin la structure du noyau est complexe. On lui reconnaît une membrane péri-nucléaire, très colorée, un réseau fibrillaire relativement pâle, et, à son centre, un à deux nucléoles foncés.

La *chromatolyse* est un mot qui a servi d'abord à désigner seulement la désintégration des éléments chromatiques du protoplasme (Marinesco). Il s'étend aujourd'hui aux changements du noyau et des fibrilles qui accompagnent cette désintégration. Sa forme typique est observée dans les cellules des cornes antérieures, après la section du sciatique. Deux jours après cette

opération, les éléments chromatiques qui sont au voisinage du cône d'origine du cylindre-axe se brisent en fines granulations et perdent leur affinité pour la couleur. L'altération s'étend progressivement à toute la cellule. Elle est suivie souvent du déplacement du noyau et de la destruction des fibrilles du protoplasme. Le noyau à son tour se fragmente et pâlit. Toutes les cellules ne sont pas également atteintes; quelques-unes, même, sont susceptibles de se reconstituer.

Les intoxications, l'anémie expérimentale, l'inanition, la chaleur artificielle, l'insomnie provoquent des altérations semblables plus ou moins avancées, et par suite plus ou moins graves. D'après Lugaro, les lésions portant sur la fibrillation du protoplasme sont irréparables, tandis que la partie chromatique peut être impunément touchée. Le noyau est le dernier organe atteint par le processus morbide.

Les auteurs mentionnent deux autres lésions qui n'auraient pas, d'après eux, la valeur qu'on leur a donnée : l'atrophie variqueuse des prolongements protoplasmiques et l'hypertrophie variqueuse des cylindres-axes. Elles n'auraient le plus souvent rien de pathologique et les savants auraient été trompés par de fausses apparences.

Nous ne pouvons nous arrêter aux détails minutieux fournis par eux sur leurs procédés techniques. Ils s'attachent, dans la suite de leur intéressant travail, à relever certaines causes d'erreur dans l'observation, que font naître la décomposition cadavérique, la sénilité et les états morbides qui précèdent la mort.

Aussitôt que la vie a cessé, le protoplasme offre une fragmentation graduelle de ses éléments chromophiles et prend un aspect pulvérulent. Parfois ces débris granuleux se réunissent par masses. Dès les premières heures, l'affinité de ces éléments pour la couleur diminue et elle finit par disparaître en même temps que le noyau prend une teinte foncée et diffuse. Après trois ou quatre jours, celui-ci commence à se désintégrer et à pâlir, tandis que le nucléole conserve sa coloration. On voit que ces changements diffèrent essentiellement de la chromatolyse. Ils affectent également toutes les cellules.

La sénilité donne lieu à la régression progressive des cellules corticales, reconnaissable à la présence du pigment jaune, à l'atrophie et à la disparition des prolongements protoplasmiques, à l'altération des corps de Nissl qui se fragmentent et perdent leur aptitude à se colorer. Ce qu'il faut retenir de cet

état sénile, c'est la quantité énorme des cellules ainsi affectées, dont un grand nombre même peut disparaître.

L'examen micrographique de nombreux cerveaux pris dans les hôpitaux ordinaires a fait découvrir des altérations cellulaires chez 10 à 15 p. 100 des sujets. Cette proportion relativement forte s'explique par les désordres dont les cellules sont le siège dans les dernières heures de la vie. L'inanition, la privation de sommeil, l'urémie, l'anémie expérimentale déterminent la chromatolyse et l'on ne doit pas s'étonner que la maladie, qui suscite des troubles identiques, provoque la même lésion. Lugaro a montré que la fièvre, à elle seule, désintègre les éléments chromophiles. Mais, sous l'influence de la fièvre, le noyau demeure intact, et la cellule conserve le pouvoir de se réparer.

Ces conditions diverses dans lesquelles les cellules s'altèrent peuvent occasionner des erreurs, et la détermination des changements propres à la folie devient malaisée. On possède pourtant un moyen d'appréciation dans l'étendue des ravages, qui est incomparablement plus grande sous cette dernière influence. Les auteurs citent l'exemple de trois maniaques aigus où la chromatolyse affectait chez le premier, 50 p. 100; chez le second, 80 p. 100 des cellules; chez le troisième, toutes les cellules étaient malades. Une maniaque récurrente offrait la lésion chromatolytique dans 60 p. 100 de ses cellules. Le pourcentage serait moindre chez les mélancoliques qui n'en auraient que 25 p. 100 d'atteintes.

Le diagnostic peut se trouver encore dans le caractère et le degré de la chromatolyse, qui est plus énergique chez les aliénés. Leurs cellules s'altèrent au point d'être méconnaissables (cellules fantômes). Enfin, il faut noter chez les aliénés, avec la désintégration de la chromatolyse, la destruction complète de nombreux éléments cellulaires, frappés de mort par le processus. C'est la lésion caractéristique et inévitable de toute démence consécutive.

L'atrophie variqueuse des prolongements protoplasmiques, l'hypertrophie variqueuse des cylindres-axes, signalées plus haut comme rares et souvent douteuses au point de vue de leur valeur pathologique, se voient cependant dans les cellules très altérées. Cette altération existe aussi bien chez les individus sains d'esprit que chez les aliénés.

XVII.—*Observations sur l'histologie normale et pathologique des plexus choroïdes*; par le D<sup>r</sup> John Wainman Findlay (nu-

méro d'octobre). — L'anatomie normale et les changements morbides dont ces organes sont le siège sont successivement traités dans ce travail.

A. Les plexus choroïdes ont une structure identique à celle de la pie-arachnoïde, celle d'un sac spongieux. Leur base est formée d'un tissu fibreux délicat, dont les fibres se réunissent en trabécules qui varient en longueur et en épaisseur, de manière à former un réseau et à circonscrire des espaces irrégulièrement disposés. Ces cavités sont remplies de lymphe et recouvertes d'un épithélium à cellules plates avec noyaux larges et ovalaires. Cette condition est très apparente au centre du *glomus*, où ces cavités atteignent une dimension considérable. En s'approchant de la surface, les espaces sont de plus en plus petits et deviennent à peine visibles.

Le plexus choroïde n'est donc pas un tissu érectile. Les observateurs qui l'ont admis ont été trompés par l'aspect tortueux des vaisseaux. Sa surface est parsemée de nombreuses villosités. Chaque grosse villosité possède une artère et une veine qui s'ouvrent à la surface dans un réseau capillaire. Les petites villosités n'ont qu'un capillaire recourbé en arc, qui s'étend sous l'épithélium du plexus. Toute la surface libre des villosités est couverte d'un épithélium stratifié (Luschka), formé par deux à trois feuillets de cellules à des degrés divers de développement.

Ces éléments ont de 0.01 à 0.15  $\mu$ , sont de forme arrondie ou polygonale et munis de prolongements délicats qui s'enfoncent dans le feuillet sous-épithélial, en s'insinuant entre deux cellules voisines. Cette disposition rappelle la structure de l'épendyme. Leur protoplasme est granuleux et contient un gros noyau sphérique. On y découvre encore un globule jaunâtre, réfringent, dont les dimensions égalent parfois celles du noyau. A l'aide d'un fort grossissement, on peut s'assurer que les granulations protoplasmiques ont des amas de même nature que le globule jaune. En s'approchant de la surface, la vacuole s'élargit graduellement et la cellule absorbée par elle se trouve finalement transformée en un corps globuleux, sans coloration nucléaire. Ces débris cellulaires vont se perdre dans le fluide ventriculaire. M. Wainman-Findley conclut de son étude que le plexus choroïde est un organe de sécrétion active qui déverse ses produits dans la cavité du ventricule.

B. Le premier élément figuré qui s'offre à l'exploration microscopique avec une apparence anormale est le corps hyalin



concentrique. Il existe à l'état physiologique, mais son abondance est morbide chez les aliénés. Il affecte le plus souvent une forme arrondie. Il est fait de plusieurs couches concentriques, et pourvu d'une enveloppe hyaline ou même fibreuse. Il naît de la prolifération et de la dégénérescence des cellules endothéliales qui se gonflent, perdent leur affinité pour les colorants, et finalement se transforment en une sphère hyaline homogène. Les corps hyalins peuvent atteindre un volume considérable, et ils résultent alors de la réunion de plusieurs sphères. L'aspect concentrique se montre plus tard et il est causé par un retrait du tissu. La capsule fibreuse s'ajoute consécutivement. La lésion envahit les artères, les veines et les capillaires.

Le phénomène débute par l'obstruction du vaisseau et se poursuit par le processus prolifératif. La matière hyaline est très instable et se colore irrégulièrement. Dans les cas séniles, elle s'infiltre de sels terreux, la calcification étant précédée de régression graisseuse.

Le kyste est une altération commune. Cette production confine à la pathologie. Ses dimensions varient d'une tête d'épingle, à un pois. Ses parois sont délicates, parcourues par de nombreux vaisseaux et parsemées d'un pointillé blanc formé par des corps concentriques ou des granulations graisseuses. La surface du kyste est souvent dépourvue d'épithélium. Celui-ci peut exister à la base; mais les cellules se raréfient en s'approchant du sommet, où elles disparaissent.

L'intérieur du kyste est fait d'un tissu fibreux en réseau, avec des trabécules connectives recouvertes de cellules endothéliales dégénérées. Il contient fréquemment des corps hyalins. A sa périphérie est un tissu dense, formé par la prolifération excessive du tissu endothélial et par des trabécules épaissies.

Il faut distinguer dans la formation des kystes deux opérations distinctes : 1° une prolifération avec dégénérescence des cellules endothéliales fréquemment associée avec le changement hyalin des trabécules; 2° la production d'un œdème par l'obstruction des espaces et l'arrêt de la lymphe. Ceux-ci s'agrandissent par la destruction ou la rupture des trabécules, et la paroi se forme par l'épaississement de ces dernières et l'accumulation des produits épithéliaux à la périphérie du kyste.

Le changement fibro-hyalin des vaisseaux est une lésion pathologique importante. Il affecte tous les vaisseaux, mais surtout les petites artères et les capillaires. Il envahit le plus souvent les trois tuniques vasculaires.

La dégénérescence de l'adventice consiste dans un épaississement homogène de ses fibres longitudinales, plus ou moins marqué, sans granulations. Le volume de la tunique peut être triplé, ce qui rend sa dissection facile. Cette altération, quand elle est très avancée, s'associe toujours à un état semblable de la musculaire qui offre des dilatations et dont les noyaux deviennent réfractaires à l'agent colorant.

La tunique moyenne tire sa nutrition de l'intérieur (non du dehors comme l'adventice); aussi ne subit-elle le changement hyalin que secondairement, après la tunique interne. Alors les fibres musculaires dégénèrent et deviennent granuleuses.

Lorsque la tunique interne est malade, elle s'épaissit par places et irrégulièrement, et le tissu hyalin pénètre dans la tunique musculaire dégénérée en poussant devant lui le feuillet lamineux. Celui-ci disparaît quelquefois, mais il ne subit jamais la transformation hyaline. La membrane hyaline épaissie est remplacée plus tard par des tissus fibreux mélangés à des fibres lamineuses, et on voit alors qu'à la membrane fenêtrée normale se sont substitués plusieurs feuilletts élastiques, superposés, d'épaisseur inégale. Le phénomène n'est pas simplement mécanique, mais il est causé par l'hypertrophie graduelle du tissu élastique.

Enfin, la dégénérescence hyaline des tuniques vasculaires donne lieu à la formation de dilatations et de sacs et le vaisseau prend la forme en rosaire des Allemands. Dans les points où la tunique interne est dégénérée et épaissie, la nutrition de la musculaire est profondément atteinte, ce qu'on reconnaît à la couleur pâle de ses noyaux. En ces endroits, la paroi du vaisseau cède à la pression sanguine, et l'on voit s'y produire un renflement fusiforme. C'est ainsi que par les progrès du processus il peut se former de véritables anévrysmes miliaires.

XVIII. — *Le traitement défectueux des ivrognes*; par le D<sup>r</sup> G. Wilson (numéro d'octobre). — Il est mal compris à notre époque; l'auteur lui reproche d'être trop bienveillant. Il voudrait voir ses contemporains, dans l'intérêt de la société et des buveurs eux-mêmes, traiter ceux-ci durement, et il se permet de recommander à leur égard l'emploi de procédés franchement répressifs, les seuls capables d'enrayer les effrayants progrès de l'alcoolisme.

Il fait un tableau émouvant de la déchéance de l'ivrogne. Elle est marquée tout d'abord par la perte du pouvoir de contrôler ses actes. Sa détention dans des maisons spéciales, pro-

mise par la loi, est indiquée. Cette réforme est demandée d'urgence; mais elle ne donnera pas tous les fruits qu'on en pourrait attendre.

En effet, le gouvernement n'en fera profiter que les sujets les plus réfractaires à toute tentative d'amendement, et laissera les autres en liberté. Un autre aspect de la psychologie de l'ivrogne est l'indulgence qu'il a pour ses propres écarts, encouragé d'ailleurs par son entourage. Les médecins eux-mêmes sont trop enclins à expliquer une conduite déraisonnable par des causes pathologiques. M. Wilson estime que ses confrères allèguent trop souvent, pour blanchir un alcoolique, l'excuse de l'hérédité. Le fils d'un parent ivrogne apprend de son médecin qu'il est une victime de son ascendance et il se considère comme digne de pitié, comme fatalement voué au vice familial. L'attitude de son entourage devrait être tout autre.

L'ivrogne devrait apprendre de lui qu'il est méprisable, qu'il est sans excuse. Et, s'il est jeune, il ne faudrait pas omettre de le corriger. Là serait le salut.

L'auteur de ce mémoire est encore d'avis que les médecins admettent à tort dans beaucoup de cas le désir immodéré et incontrôlable, pour justifier les excès de boisson. La vraie dipsomanie est rare, et il ne faut pas en méconnaître les signes cliniques.

De nos jours, la plupart des prétendus dipsomanes sont des gastriques qui ont besoin de boire pour alléger leurs souffrances; les autres sont de simples nervosiques qui ont recours à l'alcool pour combattre certains maux. Ce qui domine en eux, c'est le trouble du contrôle, qui résulte de l'intoxication et détermine l'altération de la conscience et des facultés mentales. Le malheureux buveur est incapable de se diriger dans la vie et c'est alors que sa famille entreprend de l'excuser et l'entretient dans une illusion funeste. Cette pieuse déférence est pleine de dangers, surtout s'il s'agit d'une femme. Le médecin doit combattre cette indulgence; il ne doit pas craindre de dire la vérité au coupable en lui faisant reconnaître ses fautes, en lui montrant, à l'occasion, qu'il a été menteur, cruel et brutal. Il faut le lui dire, d'autant plus rudement que cet homme a perdu le sens du méfait. Cette lésion morale, qui est manifeste, reconnaît pour cause l'obnubilation de la mémoire. On ira même jusqu'à lui faire craindre un scandale public, en le menaçant de la publicité du journal. Et si les circonstances

le font séquestrer, il importe que le lieu de son internement ne soit pas un lieu de plaisir; il y sera soumis à un régime rigoureux et à une règle sévère. Dans son intérêt même, le traitement sera dur et la bienveillance en sera proscrite. L'intimidation et la menace ne sont même pas inutiles. Enfin (c'est la note originale de ce chapitre), M. Wilson ne recule pas devant les grands moyens; il préconise la correction physique, et prétend infliger aux ivrognes le supplice du fouet.

XIX. — *Discours présidentiel prononcé à la cinquante-septième réunion annuelle de l'Association médico-psychologique, à Edimbourg, le 21 juillet 1898*, par M. le D<sup>r</sup> Urquhart (numéro d'octobre). — Les *adresses délivrées* chaque année par les nouveaux présidents ne sont pas seulement des allocutions aimables; ces morceaux littéraires ont toute l'importance de documents; ils donnent l'actualité scientifique. Toutes les questions intéressant l'aliénation mentale, l'assistance des asiles et les intérêts de l'association, y sont traitées par l'orateur.

M. Urquhart a suivi la bonne tradition. Il honore d'abord le souvenir des présidents qui l'ont précédé à Edimbourg. Le plus glorieux est Conolly, dont sir John Bucknill, les D<sup>rs</sup> Skae, W.-A.-F. Browne, S. James Coxe, et en dernier lieu le D<sup>r</sup> Clouston, ont été les dignes successeurs. Puis il adresse un suprême adieu aux sociétaires décédés dans l'année.

Il constate la situation florissante de l'Association, qui est représentée à ce jour par 574 membres, et se demande quel a été l'effet, sur le traitement de la folie et sur la statistique des aliénés, des améliorations réalisées dans l'hygiène et le soin des malades.

La réponse à une telle question n'est pas facile. Ce qui la rend presque insoluble, c'est le défaut de conformité entre les formes mentales et leur terminologie, autrefois et aujourd'hui. A l'asile de Murray, dont notre éminent confrère est le médecin-directeur, si l'on met en regard deux périodes, de 1827 à 1864 et de 1879 jusqu'à l'époque actuelle, on voit que pour la première les cas aigus représentent 65 p. 100 des admissions, tandis que, pour la seconde, le pourcentage n'est que de 46. Pendant la première, les vieillards de plus de soixante ans sont admis dans la proportion de 4 p. 100; ce pourcentage s'élève à 14 pendant la seconde. Enfin, le chiffre des succès est encore à l'avantage de la première période (35,2 p. 100 pour 32,9 p. 100), soit une différence de 2.4 p. 100. Il peut être attri-

bué, il est vrai, au nombre excessif d'alcooliques curables que l'asile recevait autrefois. Les pourcentages des décès indiquent un léger écart dans le même sens : 5,05 dans la première période, 5,65 dans la seconde.

Ainsi, malgré les déplorables conditions hygiéniques de jadis, les complications graves qu'elles entraînaient, la mortalité était peu considérable. L'orateur en conclut que les malades étaient plus vigoureux et supportaient les vices d'une installation précaire et d'un traitement peu humain.

Au lieu de chercher la solution de cette question toujours posée de l'accroissement de la folie, il est bien préférable d'étudier les moyens de la prévenir. C'est vers ce but que doivent tendre les efforts de l'Association, dont les membres ont pour mission d'éclairer le peuple par une vulgarisation active.

L'orateur signale à l'attention de ses collègues les trois projets de loi dont la mise en vigueur est prochaine, savoir : la loi anglaise des aliénés, la loi sur les buveurs d'habitude et la loi irlandaise. Il reproche à la première de n'avoir pas élevé le nombre des inspecteurs généraux.

Au moment de la création de l'Inspectorat, on comptait en Angleterre et dans le pays de Galles 20.611 aliénés. Le dernier recensement a donné le chiffre de 101.972. Or, l'Angleterre a toujours six inspecteurs aux appointements de 1.500 livres chacun. L'Ecosse est mieux pourvue et le nombre de ses inspecteurs est adéquat à leur besogne. Il faut regretter le transfert ordonné par la loi, de l'administration des aliénés au département d'Etat. Cette mesure a eu pour effet d'écraser les directeurs-médecins sous une tâche énorme, où la paperasserie joue le principal rôle, au détriment du travail scientifique.

La loi sur les buveurs d'habitude, qui a fait suite aux dispositions inefficaces de 1879, marque un progrès, mais un progrès insuffisant. En effet, elle ne peut s'appliquer qu'à un nombre restreint d'alcooliques et laissera libres tous les buveurs qui sauront se dérober à la surveillance de la police. Mais le seul moyen de combattre efficacement le fléau de l'alcoolisme est la moralisation préventive des masses. M. Urquhart pose quelques principes touchant le traitement réformateur. Il estime que l'asile ne convient pas aux ivrognes. A Perth, ils étaient séquestrés autrefois sur l'ordre du shériff. Ils ne trouvaient à l'asile ni un traitement ni un gardiennage appropriés à leur situation. L'hospitalisation de ces individus dans les asiles est un remède extrême et douteux. La prophylaxie est préférable.

Les idées ont évolué dans notre société moderne et le sentiment universel veut que les faibles soient secourus. La doctrine de la responsabilité partielle tend à s'imposer et l'alcoolisme n'est souvent qu'une simple aberration mentale qui mérite la sollicitude officielle.

Le traitement réformatrice est une nécessité publique. L'établissement d'Elmira attire les éloges de l'orateur en raison des beaux résultats qu'il procure. Cette institution reçoit les jeunes délinquants âgés de moins de vingt et un ans, et tous les efforts y sont concentrés vers un but unique : l'amendement de ces pensionnaires. Le traitement qu'ils suivent est fait d'abord pour consolider leur santé physique et ils apprennent un métier. Plus tard, s'ils en sont jugés dignes, ils bénéficient d'une mesure d'élargissement conditionnel avant l'expiration de leur peine. Relever l'état physique et mental de l'individu, c'est le réformer. Tel est l'objet du traitement suivi dans l'asile américain d'Elmira.

D<sup>r</sup> PONS.

---

---

# BIBLIOGRAPHIE

---

## Revue des thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Bordeaux pendant l'année scolaire 1899-1900.

### I. — *Céphalées et intoxications* ; par le D<sup>r</sup> A.-C. Bouyer.

Le mal de tête est un symptôme banal, dont l'étiologie et la pathogénie sont restées longtemps obscures jusqu'au jour où on a reconnu que la céphalée accompagnait toujours un processus d'intoxication, soit primitif, soit secondaire. On connaît la céphalée qui se manifeste dès le premier stade de l'intoxication gastro-intestinale, la céphalée qui donne le premier signal des accidents urémiques, de l'intoxication thyroïdienne, ovarienne, etc. ; on sait l'importance des céphalées dans les intoxications secondaires aux infections (fièvre typhoïde, grippe, syphilis, etc.). A la base de toute céphalée, on trouve donc toujours l'intoxication qu'il faudra rechercher dans le chimisme humoral organique. Par suite, la thérapeutique du mal de tête sera pathogénique.

### II. — *Psychologie de l'expertise médico-légale* ; par le D<sup>r</sup> J.-M.-G. Bétoulières.

La médecine légale exige de l'expert un ensemble de connaissances spéciales auxquelles il devrait être dès longtemps préparé. Il y aurait donc lieu de créer en France un institut médico-légal dans lequel le futur médecin-légiste recevrait une éducation complète.

### III. — *Étude sur le pessimisme contemporain dans ses rapports avec la névropathie* ; par le D<sup>r</sup> R.-A. Berton.

On a un peu trop répété dans ces derniers temps que l'intellectuel pessimiste est un neurasthénique, et qu'il est pessimiste parce qu'il est neurasthénique. C'est en vivant dans l'intimité

d'artistes que l'auteur peut conclure qu'il n'est pas nécessaire d'être névrosé pour être artiste d'abord et pour être triste ensuite. L'intellectuel naît normal et ce n'est que par une culture spéciale qu'il excelle dans l'art vers lequel il a été dirigé. L'hérédité ne joue aucun rôle.

Ce qui distingue l'intellectuel pessimiste du neurasthénique, c'est que, chez l'un, le pessimisme est raisonné, tandis que chez le neurasthénique la sensibilité exaspérée par une tare morbide pousse l'esprit, à son insu, à trouver tout mauvais autour de lui. Le neurasthénique est un détraqué; chez l'intellectuel, le mécanisme cérébral est intact. L'intellectuel s'analyse par métier, le neurasthénique se replie sur lui pour obéir à ses tendances hypocondriaques. C'est donc à tort qu'on tient l'artiste pour un dégénéré.

IV. — *La paralysie générale chez les religieux. Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale*; par le Dr A. Caboureau.

De tout temps on s'est demandé si certaines professions ne prédisposent pas à la paralysie générale et on a reconnu la fréquence de cette maladie chez les militaires, par exemple. Par contre, elle est excessivement rare chez les religieux, pour des raisons faciles à comprendre, beaucoup moins exposés à l'infection syphilitique, mais tombant sous le sort commun lorsqu'il s'agit des autres facteurs étiologiques qu'on a voulu invoquer (hérédité, alcoolisme). C'est ce que démontrent les importantes statistiques dressées par l'auteur, grâce à l'obligeance de spécialistes d'un très grand nombre de pays. Sur 88.678 aliénés, dont 87.349 laïques et 1.329 religieux, Caboureau a trouvé qu'il existe 71.900 aliénés ordinaires, soit 82,5 p. 100, et 15.439 paralytiques généraux, soit 17,5 p. 100. Sur les 1.329 religieux, il existe 1.303 aliénés ordinaires, soit 98,5 p. 100, et 26 paralytiques généraux, soit 1,95 p. 100, et encore, dans ce chiffre, il n'y en a que 11 chez lesquels la paralysie générale est certaine. Chez 4 de ceux-ci, il a été impossible d'avoir des renseignements étiologiques, et, chez les 7 autres, la syphilis était certaine ou probable. Suivent toutes ces observations. Depuis que ce travail a paru, la mort a enlevé le Dr A. Caboureau, jeune médecin de la marine plein d'avenir, et à peine âgé de vingt-sept ans, à son premier poste, Pondichéry. Ce malheureux jeune homme, doué des meilleures qualités, n'oubliait pas le



sujet qui avait donné lieu à son excellente thèse, et, le 11 juillet dernier, il écrivait de Karikal à son maître, le D<sup>r</sup> Régis, une lettre contenant le passage suivant : « Je continue quelques travaux sur la paralysie générale chez les Indiens ; mais il me faudra un certain temps avant d'arriver à un résultat. Je vous en rendrai compte dans une prochaine lettre. Mais je reste convaincu plus que jamais de l'origine syphilitique de la paralysie générale. Ici les syphilitiques sont en grand nombre, et j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs paralytiques généraux. Je pense d'ici quatre à cinq mois pouvoir vous fournir un petit travail sur ce sujet... »

V. — *Contribution à l'étude de la psychose post-éclampsique ;*  
par M<sup>lle</sup> J.-M.-M. Chartrou.

L'éclampsie n'est pas sans présenter certaines analogies avec les névroses en général, et comme elles peut s'accompagner de troubles psychiques, bien que ces cas soient rares. Ce sont toujours des psychoses d'auto-intoxication survenant sur un terrain héréditairement prédisposé.

Les troubles mentaux post-éclampsiques affectent différents degrés et vont de l'amnésie au délire le plus violent. L'amnésie est surtout rétro-antérograde et peut laisser après elle des lacunes systématisées plus ou moins profondes ; mais le plus souvent le trouble va jusqu'au délire et alors on voit se dérouler le tableau de la confusion hallucinatoire aiguë.

Généralement, le pronostic est bénin et la guérison est la règle.

Comme traitement, l'internement s'impose quelquefois ; mais, le plus souvent, la malade peut rester dans sa famille et le traitement par le repos au lit donne d'excellents résultats.

VI. — *De la paralysie générale simple, démente ou sans délire ;*  
par le D<sup>r</sup> A.-M. Dufour.

La question du délire dans la paralysie générale est loin d'être élucidée, et certains auteurs contestent qu'il existe une paralysie générale sans délire. Devant l'évidence des faits, il n'y a qu'à s'incliner, et non seulement il existe une paralysie générale sans délire, mais ces cas sont fréquents. Soixante-cinq observations viennent à l'appui de cette thèse. Plus rare chez l'homme, elle est presque la règle chez la femme et l'ado-

lescent. Dans ces états, la démence existe; mais elle s'établit progressivement, sans être globale dès le début.

VII. — *Contribution à l'étude du délire des inventions*; par le D<sup>r</sup> A.-J. Delarras.

Le pouvoir d'inventer est l'apanage de l'homme et c'est grâce à lui que le genre humain est sorti de son infériorité primitive. Mais le délire d'invention est une des formes que prend la mégalomanie chez certains individus porteurs d'une lourde tare héréditaire.

Quelquefois, cette idée d'invention n'est qu'une simple obsession qui, à un degré plus élevé, réalise l'idée fixe d'invention, et enfin arrive à constituer un délire des inventions véritable, idiopathique. On comprend qu'il est difficile d'établir une ligne de démarcation bien nette entre l'inventeur malade et l'homme de génie inventeur. Mais, le plus souvent, le délire d'invention est symptomatique et se reconnaît aisément en ce qu'on le rencontre au cours d'états psychopathiques caractérisés : dégénérescence, excitation maniaque, délire des grandeurs, paralysie générale, alcoolisme.

Le meilleur traitement est l'internement.

VIII. — *De l'onirocritie comitiale (Les rêves chez les épileptiques)*; par le D<sup>r</sup> A.-J. Fournié.

L'étude des rêves chez les épileptiques est de la plus haute importance, car à eux seuls ils permettent de porter le diagnostic d'épilepsie.

Ces rêves ont pour principal caractère d'être toujours les mêmes pour un même sujet. La médecine légale, en particulier, peut tirer de ces songes d'utiles renseignements.

IX. — *Les dermatophobies*; par le D<sup>r</sup> J.-F. Kérandel.

Sous la dénomination générale de dermatophobies, il faut entendre des phobies systématisées ayant pour objet une anomalie de la peau. On conçoit qu'il en existe un grand nombre de variétés, mais toutes peuvent se ranger en deux groupes : 1<sup>o</sup> celles qui ont pour objet une anomalie anatomique ou physiologique de la peau (dermatophobies morphologiques); 2<sup>o</sup> celles qui ont pour objet une maladie de la peau (dermatophobies nosologiques). Ces phobies sont extrêmement fréquentes, et se rencontrent surtout chez des neurasthéniques

prédisposés aux troubles de sensibilité de la peau, à des troubles vaso-moteurs; elles ont toujours une base émotive; elles peuvent se transmettre par contagion. Lorsqu'elles sont liées à la neurasthénie constitutionnelle, le pronostic est sombre; sur le terrain de la neurasthénie accidentelle ou de l'hystérie, elles sont susceptibles de guérison.

La suggestion est le meilleur mode de traitement.

X. — *Le pavillon de l'oreille. Valeur de ses anomalies comme stigmates de dégénérescence*; par le D<sup>r</sup> L.-E.-M. Lucas.

Depuis longtemps, les anomalies du pavillon de l'oreille ont été considérées comme des stigmates de dégénérescence et on a voulu y voir l'empreinte de l'atavisme. Cependant, si l'on compare les oreilles chez les singes, les dégénérés, les criminels et les gens normaux, on est forcé de conclure que ces malformations n'ont vraiment de valeur qu'autant qu'elles coïncident avec d'autres stigmates physiques ou psychiques de dégénérescence. Ce caractère, pris isolément, n'a donc absolument aucune valeur, et ne suffit pas à faire d'un individu quelconque un dégénéré.

XI. — *Délires systématisés secondaires*;  
par le D<sup>r</sup> A.-R.-L. Proust.

Les délires systématisés secondaires, tout en présentant des formes variables, ont des caractères propres tirés des principaux symptômes morbides : illusions, hallucinations, explications délirantes, idées de grandeur, troubles de la mémoire, de la volonté et de la conscience. Le délirant secondaire tend à extérioriser ses idées de grandeur, contrairement au persécuté qui les fait converger vers lui.

Les altérations de la conscience jouent un rôle prépondérant dans la constitution clinique des délires systématisés secondaires et, poussée à un degré suffisant, cette altération aboutit aux délires systématisés secondaires de négation et d'énormité.

XII. — *Le délire d'auto-accusation. Étude médico-légale*;  
par le D<sup>r</sup> P.-A. Oudard.

Chaque fois qu'un crime retentissant est commis, en attendant que le véritable auteur soit connu, on voit des aliénés se dénoncer à la justice comme coupables. Ces malades sont

atteints de délire d'auto-accusation, qu'il ne faut pas confondre, au moins de façon absolue, avec le délire de culpabilité.

Ce délire peut se rencontrer au cours d'une foule d'états psychopathiques, tels que la mélancolie, la folie systématisée, dans laquelle il est tout à fait exceptionnel, chez les persécutés mélancoliques ; il est fréquent dans les états de dégénérescence mentale, et particulièrement chez les dégénérés inférieurs, pour qui le mensonge est un besoin. Les délires toxi-infectieux fournissent un contingent important d'auto-accusateurs ; mais, dans ce dernier cas, le malade puise la conviction de sa culpabilité dans les rêves dont il est le jouet. Chez les hystériques, le délire d'auto-accusation aurait aussi une origine onirique.

Mais le principal intérêt du délire d'auto-accusation repose sur ses rapports avec la médecine légale. Le plus souvent, l'aliéné va se dénoncer aux autorités, et donne lieu à des actions en justice qui, parfois, peuvent devenir fort embarrassantes. Plusieurs cas peuvent se rencontrer : 1° l'individu s'accuse d'un crime imaginaire, mais dans ce cas l'accusation tombe d'elle-même ; 2° l'individu s'accuse d'un crime réel, mais qu'il ne peut avoir commis, cas fréquent et susceptible d'entraîner des expertises très délicates ; 3° l'individu s'accuse d'un crime réel qui peut parfaitement lui être imputé : ici, tout est réuni pour tromper la justice ; c'est dans cette catégorie que rentre le cas d'U..., qui a fait récemment l'objet d'un rapport de MM. Lande et Régis à l'occasion d'un crime retentissant commis à Bordeaux en 1899. U... est un dégénéré inférieur alcoolique, qu'on a dû interner dans un asile d'aliénés ; 4° l'individu s'accuse d'un crime qu'il a commis, mais qu'il grossit démesurément : malades plus ou moins tarés qui se dénoncent sous l'empire d'un délire onirique, comme l'alcoolique et l'hystérique, ou dégénérés avides de célébrité qui exagèrent l'importance d'un attentat banal dont ils sont les auteurs.

L'expert, en présence d'un individu qui est venu se dénoncer spontanément à la justice, aura tout d'abord à rechercher si l'inculpé est ou n'est pas un aliéné.

La constatation d'un état psychopathique devra écarter toute idée de responsabilité et l'internement s'imposera, si l'auto-dénonciateur reste délirant et susceptible d'être dangereux.

XIII. — *Les dégénérés hystériques au point de vue médico-légal;*  
par le D<sup>r</sup> J.-H. Pareau.

L'association de la dégénérescence et de l'hystérie est fréquente, surtout chez les délinquantes, ainsi qu'en témoigne une statistique d'affaires médico-légales empruntée par l'auteur à M. Régis. Dans ce cas, la délictuosité est surtout le fait de la dégénérescence; cependant, la névrose imprime ici un cachet particulier. L'hystérie, en exaltant la sensibilité, peut pousser à de véritables entraînements passionnels; il y a donc lieu de la dépister, car elle atténue la responsabilité.

Rarement l'expert conclut à une irresponsabilité absolue; mais que le délinquant soit condamné avec une responsabilité limitée ou interné comme irresponsable, le besoin d'asiles-prisons régis par une loi spéciale se fait de plus en plus sentir pour protéger la société contre des individus dangereux.

XIV. — *Contribution à l'étude de la descendance des paralytiques généraux;* par le D<sup>r</sup> F.-P. Ricard.

Quarante-neuf ménages de paralytiques généraux ont donné 152 grossesses, dont 61 fausses couches, 22 enfants morts au-dessous de trois ans, 2 au-dessus de trois ans, et 67 enfants vivants. Cette descendance s'éloigne donc de la normale. Cette statistique permet de tirer un certain nombre de conclusions, dont la principale est que la descendance des paralytiques généraux se calque exactement sur celle des syphilitiques. On y remarque, en effet, une proportion considérable de fausses couches et de mort-naissances, et une évidente polymortalité infantile; et venant corroborer ces premières données, on constate que la plupart des survivants sont porteurs de ces tares que Fournier appelle stigmates dystrophiques de l'hérédosyphilis. On peut encore remarquer chez ces derniers la fréquence relative de maladies familiales du système nerveux, en particulier de la paralysie générale juvénile, la fréquence des mariages inféconds, et enfin la rareté des vésanies proprement dites.

XV. — *Essai sur la pathogénie du suicide;*  
par le D<sup>r</sup> J.-A.-M. Reboul.

Les statistiques montrent que, chez les peuples civilisés, le suicide est en progression constante. Le suicide doit être étudié

au point de vue biologique et clinique par le médecin, au point de vue sociologique par le philosophe. Le suicide pourrait n'être, a-t-on dit, qu'une perversion de l'instinct de la conservation.

Beaucoup croient, en effet, qu'il existe un instinct de la conservation, comme il existe un instinct sexuel ; mais si la morale enseigne qu'il existe un « devoir de conservation », on ne saurait reconnaître un instinct de la conservation et donner au suicide une origine aussi hypothétique.

Le suicidé est-il un fou ? Certes, si le suicide se rencontre, et même avec une certaine fréquence parmi les aliénés, la folie ne saurait expliquer tous les cas.

Beaucoup faisant du pessimisme contemporain une doctrine de découragement, d'inertie et de mort, y ont vu bien à tort le facteur essentiel du suicide. Il faut distinguer un suicide normal, consenti librement par l'homme pour sortir d'une vie dont il ne veut plus, et un suicide pathologique sous la dépendance d'obsessions et d'impulsions malades. La cause connue, le traitement s'impose, et celui-ci se déduira du diagnostic pathogénique ; dans tous les cas, la thérapeutique morale jouera le premier rôle.

D<sup>r</sup> GASTON LALANNE.

---

### **Revue des thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Toulouse pendant l'année scolaire 1899-1900.**

#### **I. — *Considérations sur diverses causes de déterminisme dans le crime* ; par le D<sup>r</sup> J. Baïtcheff.**

La thèse de Baïtcheff débute par l'observation clinique d'une débile condamnée pour excitation habituelle de mineurs à la débauche, qui eut en prison un accès de délire mélancolique. Cette femme ayant fait appel fut soumise à une première expertise concluant à la simulation, puis à une contre-expertise du professeur Rémond, dont l'auteur publie le rapport établissant la légitimité de l'accès. A ce propos, Baïtcheff étudie la liberté de la volonté et ses variations et tend à admettre que chez un inculpé devenu aliéné après son arrestation, la psychose est une preuve de l'existence de troubles dans les facultés mentales nés avant le délit ou le crime, et l'innocentant. D'une

façon plus générale, il pense que tout individu est soumis dans tous les actes de son existence à l'influence de trois facteurs : l'hérédité, l'éducation, le milieu social, et que pour apprécier la capacité d'imputation d'un crime ou d'un délit, il y a lieu de tenir un grand compte de ces facteurs.

II. — *Tuberculose et système nerveux*; par le D<sup>r</sup> J. Garcie.

Dans cet intéressant travail, fait au laboratoire de l'asile de Braqueville sous l'inspiration de M. Anglade, l'auteur conclut que chez les tuberculeux il peut y avoir des lésions tuberculeuses de toutes les parties du système nerveux. Il étudie surtout avec détail, au point de vue anatomique et clinique, les névrites périphériques, les myélites et, dans le cerveau, les altérations des neurones corticaux, spécialement des grandes cellules pyramidales du lobule paracentral, qui subissent des modifications considérables. Le corps cellulaire réagit comme devant les empoisonnements par la chromatolyse centrale ou périphérique; puis ses éléments essentiels succombent, les prolongements se détachent, il se forme des vacuoles dans le noyau d'abord, puis en dehors de lui, la cellule se déforme et sa déchéance est certaine. Il n'est pas impossible que de ces lésions des neurones corticaux dépendent quelques troubles moteurs et sensitifs, peut-être même des troubles mentaux. On peut admettre que les sensations pénibles dues à la tuberculose donnent lieu à des interprétations délirantes dans des cerveaux héréditairement prédisposés, et que les opérations cérébrales étant enrayées par la localisation du processus tuberculeux dans l'écorce, il puisse en résulter un délire, une vésanie (ordinairement un délire de persécution avec impulsions et réactions maniaques).

III. — *L'histoire de la psychiatrie. Considérations sur les imperfections de l'assistance des aliénés*; par le D<sup>r</sup> L. Gouret.

Simple aperçu sur l'histoire de la médecine mentale depuis Hippocrate, après lequel l'auteur formule quelques desiderata sur l'assistance des aliénés, les points défectueux de la loi de 1838 et les projets plus récents, et le désir de voir les aliénés soumis de moins en moins aux formalités administratives et traités dans des services se rapprochant de ceux des hôpitaux.

IV. — *Mérycisme et dégénérescence*; par le D<sup>r</sup> F. Louët.

La rumination chez l'homme est une névrose du pneumo-gastrique que l'on ne rencontre que chez des dégénérés, et d'autant plus fréquente qu'on est plus bas sur l'échelle de leur dégénérescence; les troubles gastriques n'ont qu'une importance secondaire dans le mérycisme. Ce symptôme doit intéresser le médecin légiste et l'aliéniste. La thèse renferme une trentaine d'observations.

V. — *La fièvre typhoïde à l'asile de Braqueville en 1897, 1898 et 1899*; par le D<sup>r</sup> A. Larquier.

Des dix-sept cas observés pendant ces trois années, onze frappèrent les infirmiers venus des campagnes; les aliénés sont par contre peu sensibles; les récidives ne sont pas rares. M. Larquier nous dévoile que l'approvisionnement en eau potable de l'asile a des côtés défectueux auxquels on s'efforce de remédier, et nous signale ce détail, que les eaux de vidange de Braqueville passent au-dessus du conduit d'eau potable alimentant la ville de Toulouse.

VI. — *Aperçu critique sur le traitement des maladies mentales dans les asiles publics d'aliénés*; par le D<sup>r</sup> Parrot.

Étude critique de l'organisation de l'asile de Montdevergues, dont voici les conclusions: Les départements seront tenus d'avoir un médecin pour trois cents aliénés; de séparer les uns des autres les aigus, les chroniques, les déments, les épileptiques, les idiots et arriérés et les criminels, en attendant la création d'établissements spéciaux pour chaque catégorie. Des gardiens instruits seront en nombre suffisant. Les prix de journée seront élevés de façon convenable. Les congés à titre d'essai et le placement familial des déments seront favorisés. Les directeurs administratifs céderont la place à un administrateur placé sous les ordres des médecins réunis en comité de direction.

V. PARANT.

---



*A case of amaurotic family idiocy with autopsy* (Un cas d'idiotie familiale amaurotique avec autopsie); par F. Peterson. Extrait du *Journal of nervous and mental disease*. Juillet 1898.

En novembre 1892, on amène à l'auteur un enfant de trois mois, du sexe féminin, né de juifs russes. Ce couple avait cinq enfants dont deux normaux et trois idiots et aveugles. L'enfant en question étant mort, l'autopsie permit de faire les constatations suivantes : l'encéphale est d'un développement défectueux, aussi bien dans sa texture histologique que dans son aspect extérieur; les cellules du cortex et de la moelle sont en nombre moindre et moins développées qu'à l'état normal dans la région occipitale autour de la scissure calcarine, dans les lobes temporo-sphénoïdaux, dans les lobes frontaux, dans les zones motrices, dans les tubercules quadrijumeaux et les corps genouillés, dans les noyaux des troisième et quatrième paire crânienne. On ne constate aucune lésion et aucune imperfection des fibres nerveuses.

A. CULLERRE.

---

*Thirty-eighth annual Report of the medical superintendent of the Matteawan State Hospital, N. Y., for the year ending september 30* (Trente-huitième rapport annuel du médecin-directeur de l'hôpital d'Etat de Matteawan, pour l'année finissant le 30 septembre 1897); par le D<sup>r</sup> H.-E. Allison, 1898.

*Matteawan State Hospital* est l'asile pour criminels de l'Etat de New-York. Nous avons, dans le numéro de novembre 1898, rendu compte du rapport du médecin-directeur de cet établissement pour l'année 1896. Le rapport pour l'année 1897 montre un accroissement considérable de la population d'une année à l'autre. De 559, le nombre des malades au 31 décembre 1896, est passé à 632 au 31 décembre 1898, ce qui résulte de l'extension des quartiers et d'un transfèrement en masse de nombreux aliénés qui attendaient depuis plusieurs années qu'il y eût de la place.

Les admissions provenant des institutions pénales de l'Etat n'ont, en réalité, subi que de légères fluctuations depuis plusieurs années. Une remarque du D<sup>r</sup> Allison relative aux consé-

quences fâcheuses de l'oisiveté sur l'esprit des prisonniers, mérite d'être reproduite ici, et pourra être objectée aux économistes qui demandent la suppression de la main-d'œuvre pénale : « L'expérience a montré, dit-il, que l'oisiveté forcée dans la prison, quand elle est continue, est une cause féconde de folie. Au commencement de l'année, l'on craignait que de nombreux condamnés ne devinssent aliénés par suite de la législation relative aux industries exécutées dans les prisons.

« Cependant l'effort énergique fait par les fonctionnaires chargés d'exécuter les lois sur le travail des prisonniers réussit à procurer aux condamnés certaines occupations sans une trop longue période d'oisiveté. »

Voici la classification des individus présents au 30 septembre 1897 :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Placés directement par les tribunaux.	226	27	253
Condamnés admis en cours de peine .	183	11	194
Condamnés libérés mais maintenus pour cause d'aliénation. . . . .	178	7	185
	587	45	632

Il y a eu dans l'année 23 décès, dont 5 par paralysie générale, et 2 par suicide.

L'entretien annuel de chaque aliéné s'est élevé à 186 dollars.

A. CÜLLERRE.

*La ooforoterapia nelle malattie nervose e mentali* (Le traitement par le suc ovarien dans les maladies nerveuses et mentales); par le D<sup>r</sup> Tambroni, de Ferrare. Broch. in-8°. Extrait des *Atti dell' Accademia delle Scienze Mediche, ecc. di Ferrara*. Vol. IV. 1896.

L'auteur a eu l'idée d'essayer chez des aliénés l'effet du suc ovarien. Il a pris pour sujets d'expérience cinq femmes et deux hommes. La première des femmes était atteinte de lypémanie hypocondriaque (elle avait subi l'ovariotomie bilatérale); la seconde était une hystéro-épileptique; la troisième et la quatrième présentaient de la confusion mentale, l'une d'elles étant de plus hystérique; la dernière enfin était une lypémanique simple en période post-puerpérale. Ces quatre dernières étaient toutes aménorrhéiques depuis plusieurs mois. Les deux sujets hommes étaient, l'un un hystéro-épileptique, l'autre un excité

maniaque. Ils furent traités dans un but de contrôle et d'expérience.

Le suc ovarien, provenant d'ovaires de vache, fut administré aux sujets en injections hypodermiques et par la bouche (pulpe). La cure dura quinze jours à un mois suivant les sujets, et la quantité moyenne ingérée fut de 100 grammes par sujet.

Comme l'ont vu Spillmann et Etienne, l'administration de la substance ovarienne élève un peu la température et le nombre des pulsations. Chez les sujets hystériques, qui réagissent mieux que les autres à l'égard du remède, le nombre des respirations s'élevait aussi. L'appétit a toujours été augmenté.

Dans l'un des cas, l'observation dut être écourtée. Ce cas mis à part, on constata dans deux autres l'aggravation des troubles mentaux. L'un des sujets aggravés fut précisément la femme qui avait subi la double ovariectomie; le second fut le jeune homme hystéro-épileptique. Dans les quatre autres cas il y eut amélioration de l'état général, de la fonction menstruelle et des troubles psychiques. Ces derniers guériront même chez trois malades et ne furent qu'amendés chez la femme hystérique.

Le mémoire se termine par l'exposé des théories de Spillmann et Etienne et de Fedeli sur le rôle physiologique de l'ovaire, sans que l'auteur ait pris parti, en raison de son petit nombre d'expériences.

TH. TATY.

---

*Seventy-eighth Report of the Dundee royal Asylum for Lunatics* (Soixante-dix-huitième rapport annuel des directeurs de l'asile royal de Dundee pour l'année 1897-1898). Broch. in-8°, Dundee, 1898.

L'asile de Dundee renfermait au 21 juin 1897, 471 aliénés (184 hommes, 287 femmes). Le nombre des entrées dans le courant de l'année a été de 147 (58 hommes et 89 femmes). Il y a eu 188 extinctions, dont 50 décès et 67 guérisons.

Dans son ensemble, ce document reproduit à peu près le type de nos rapports médico-administratifs, et n'offre à glaner aucune particularité originale ou intéressante.

A. CULLERRE.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Seventh biennial report of the Trustees and medical superintendent of the northern Indiana hospital for Insane at Longcliff, near Logansport for the biennial period ending october 31, 1900 (Septième rapport biennal des administrateurs et du médecin en chef de l'hôpital des aliénés du Nord-Indiana, à Longcliff, près Logansport, pour la période biennale finissant le 31 octobre 1900). 86 pages in-8°, avec planches. Indianapolis, 1901.

— Proyecto de creacion de un servicio especial policial para asistir a los alcoholistas detenidos. Nota posada al S<sup>r</sup> Jefe de policia de la Capital; par le D<sup>r</sup> Francisco de Veyga, professeur de médecine légale. 32 pages in-8°. Extrait de *La Semena medica*, Buenos-Aires, 1900.

— Report of the State Hospital at Morganton, N. C. from december 1, 1898, to november 30, 1900. 38 pages in-8°. Raleigh, 1901.

— Contribution à l'étude de l'instinct sexuel et de ses transformations dans les maladies mentales; par le D<sup>r</sup> S. Spasoff. 98 pages in-8°. Toulouse, imprimerie Saint-Cyprien, s. d.

— L'edonale come ipnotico negli alienati; par le D<sup>r</sup> Antonio d'Ormea. 19 pages in-8°. Extrait du *Bolletino del manicomio di Ferrare*, 1901.

— De la regeneracion como ley opuesta a la degeneracion morbida. Comunicacion enviada al Congresso médico Latino-Americano de Santiago de Chile (25-31 de diciembre de 1900); par le professeur Francisco de Veyga. 31 pages in-8°. Extrait de *La Semena medica*, 1901.

— Trattato di psichiatria ad uso dei medici e degli studenti; par le professeur Bianchi Leonardo. Fascicule I. 170 pages in-8°. Naples, V. Pasquale, s. d.

— Deux nouveaux cas de folie gémellaire; par le D<sup>r</sup> A. Cullerre. 18 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, 1901. n° 62.

— Pratique de la médecine mentale. Conférences faites, avec l'autorisation du Conseil de l'Université, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Lille; par le D<sup>r</sup> P. Kéraval, directeur-médecin de l'asile d'Armentières. 1 vol. in-18, 487 pages, cart. à l'anglaise. Paris, Vigot frères, 1901.

— Reports of the Trustees and superintendent of the Butler

hospital for the insane, presented to the corporation at its fifty-seventh annual meeting, january 23. 1901, Providence. R. I. 56 pages in-8°, 1901.

— Ueber die Vererbung des dichterischen Talentes (De l'hérédité du talent poétique); par le Dr P. J. Möbius. 9 pages in-4°. Extrait de l'*Umschau*. Francfort-sur-Mein, s. d.

— Médecine légale des aliénés; par le professeur R. von Krafft-Ebing. Traduction française par le professeur Rémond (de Metz). Fascicule II. Partie civile. 204 pages in-8°. Paris, Oct. Doin, 1900.

— Georges Masson. 1839-1900. Notices nécrologiques. 1 vol. in-8° de 110 pages, avec portrait. Paris, imprimerie Lahure, 1901.

— Revue abrégée sur l'étude contemporaine de la structure la plus fine de la cellule nerveuse; par le Dr S. Soukanoff 25 pages in-8° (en langue russe). Extrait du *Journal de neuropathologie et de psychiatrie de Korsakoff*. Moscou, 1901.

— Nineteenth annual Report of the State hospital for the insane at Warren, Pensylvania, for the year ending november 30, 1900 (Dix-neuvième rapport annuel de l'asile d'aliénés d'Etat, à Warren, Pensylvanie, pour l'année finissant le 30 novembre 1900). 68 pages in-8°, avec planches. 1901.

— Névrose et grossesse; par le Dr Luigi Mongeri. 41 pages in-12. Extrait de la *Revue médico-pharmaceutique*. Constantinople, 1901.

— Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses, hygiène et prophylaxie; par les Drs Paul Garnier et Paul Cololian. 1 vol. in-8° de 486 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1901.

— Report of the directory, superintendent and treasurer of the West Virginia hospital for the insane, at Weston, for the years 1899-1900; from october 1, 1898, to september 30, 1900. 76 pages in-8°. Charenton, 1901.

— Le Mensonge. Conférence faite par le Dr Cullerre. 32 pages in-32. La Roche-sur-Yon. Raoul Ivonnet, éditeur, 1901.

— Bulletin de la Société de patronage des aliénés sortis guéris des asiles et des quartiers d'hospices de la Seine. Fascicule 1. 1898-1900. 74 pages in-8°. Bicêtre, imprimerie typographique des enfants, 1901.

---

# VARIÉTÉS

---

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS

L'Académie de médecine, dans sa séance du mardi 19 mars 1901, a élu, par 65 voix sur 71 votants, M. le professeur JOFFROY, médecin de l'asile Sainte-Anne, membre titulaire de la II<sup>e</sup> section (*Pathologie médicale*), en remplacement de M. Cadet de Gassicourt, décédé.

— *Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts du 28 mars 1901* : Est nommé officier de l'Instruction publique, M. le D<sup>r</sup> LEGRAIN (Maurice-Paul), médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise).

Sont nommés officiers d'Académie : MM. les D<sup>rs</sup> BARGY (Jacques-Emile), conseiller général, médecin en chef de l'asile d'aliénés de la Cellette (Corrèze), délégué cantonal ; BELLAT (Marie-Antoine-Georges-Edmond), directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente) ; CHARDON (Emile), médecin en chef de l'asile d'aliénés de Rennes ; GUYOT (Joseph-Auguste-Adrien), directeur-médecin en chef de l'asile départemental d'aliénés de la Marne ; SÉRIEUX (Paul-Raymond), médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise), et SIZARET (Charles-Joseph-Jules), médecin-directeur de l'asile public d'aliénés de Saint-Ylie (Jura).

— *Arrêté de février 1901* : M. le D<sup>r</sup> MUSIN, médecin adjoint à l'asile d'Armentières (Nord), est promu à la 1<sup>re</sup> classe de son grade (3.000 fr.).

— *Arrêtés de mars 1901* : M. le D<sup>r</sup> CASTAIN, déclaré admissible aux emplois de médecin adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Paris, le 29 mai 1901), est délégué comme médecin adjoint de l'asile d'Auxerre, pour remplacer M. le D<sup>r</sup> BONNE, mis en congé pour raison de santé.

M. le D<sup>r</sup> RODIET, déclaré admissible aux emplois de médecin adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Lille du 21 mai 1900), est nommé médecin adjoint à l'asile de Montdevergues (Vaucluse), en remplacement de M. le D<sup>r</sup> MAIGNAL, mis en disponibilité.

— *Arrêtés d'avril 1901* : M. le D<sup>r</sup> GILBERT PETIT, médecin en chef de l'asile du Mans, est promu à la 2<sup>e</sup> classe de son grade (6.000 fr.) ;

M. le D<sup>r</sup> AMELINE, déclaré admissible aux emplois de médecin adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Paris, du 29 mai 1900), est détaché à l'asile de Montdevergues, pour remplacer pendant trois mois M. le D<sup>r</sup> RODIET, en congé.

SÉANCE SOLENNELLE ET BANQUET DE LA SOCIÉTÉ  
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

La Société médico-psychologique a tenu sa séance solennelle le lundi 29 avril, sous la présidence de M. Joffroy.

Les récompenses suivantes ont été décernées :

PRIX BELHOMME. — 900 francs. — Question : *Du délire chez l'idiot et l'imbécile, à l'exclusion des arriérés.*

Un seul mémoire a été adressé à la Société. Le prix n'est pas décerné ; mais une mention honorable est accordée à l'auteur de ce mémoire, M. le D<sup>r</sup> DEZWARTÉ, médecin adjoint de l'asile de Bailleul (Nord).

PRIX ESQUIROL. — 200 francs, plus les œuvres de Bail-  
larger. — Deux mémoires manuscrits ont été envoyés.

Le prix est décerné au mémoire n° 2, qui a pour titre : *Contribution à l'étude de la folie morale*, et pour auteur M. le D<sup>r</sup> PETIT, interne de l'asile Sainte-Anne, à Paris.

Une mention honorable est accordée à MM. BUVAT et VURPAS, auteurs du mémoire n° 1.

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Huit thèses ou mémoires ont été envoyés.

Le prix est décerné à M<sup>lle</sup> JUSTINE TOBOLOWSKA, docteur en médecine, pour son travail intitulé : *Etude sur les illusions du temps dans les rêves du sommeil normal.*

Des mentions honorables ont été accordées : 1° à M. MAURICE DUCOSTÉ, pour sa thèse intitulée : *De l'épilepsie consciente et mnésique et en particulier d'un de ses équivalents psychiques, le suicide impulsif conscient* ; 2° à M. le D<sup>r</sup> FARNARIER, pour sa thèse qui a pour titre : *La psychose hallucinatoire aiguë.*

PRIX SEMELAIGNE. — 500 francs. — Question : *De la protection de la fortune des malades placés dans les établissements d'aliénés.*

Deux mémoires ont été adressés à la Société, entre lesquels le prix a été partagé : 300 francs à M. le D<sup>r</sup> SAMUEL GARNIER, médecin-directeur de l'asile de Dijon (Côte-d'Or), auteur du mémoire n° 1 ; 200 francs au mémoire n° 2, qui a pour auteur M. le D<sup>r</sup> LALANNE, médecin adjoint de l'asile de Mâréville (Meurthe-et-Moselle).

Le soir, à 8 heures, eut lieu le banquet annuel, au restaurant Marguery. Dix-huit convives y prirent part, au nombre desquels nous avons été heureux de compter cinq membres correspondants : MM. Bernard-Leroy, Cullerre, Dupré, Giraud et Rayneau, ainsi que deux des lauréats de la journée : M<sup>lle</sup> Tobolowska et M. Lalanne. Au dessert, le président, M. Joffroy, a porté un toast, plein de verve et d'humour, à la Société médico-psychologique et aux lauréats. M. Ritti lui a répondu en buvant à la santé du président, des absents, MM. Falret et Motet, les deux doyens de la Société, et au succès du Congrès de Limoges, présidé cette année par M. Gilbert Ballet. Cette soirée, où n'a cessé de régner la plus parfaite cordialité, laissera le meilleur souvenir à tous ceux qui y ont assisté.

#### PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans sa séance du 5 mars 1901, l'Académie de médecine a reçu communication de la liste des mémoires et ouvrages envoyés pour les concours des prix à décerner à la fin de cette année; elle a procédé, dans la même séance, à la nomination des commissions de ces prix. Voici les renseignements relatifs à la médecine mentale et nerveuse :

**PRIX DE L'ACADÉMIE.** — Question : *L'épilepsie partielle au point de vue clinique et expérimental.*

N° 1. Devise : « *Le médecin doit être le serviteur de la nature ; il doit lui venir en aide et apprendre d'elle comment elle vient en aide au malade.* »

N° 2. Devise : « *Patientia scientia.* »

Commission : MM. Magnan, Lancereaux, François-Franck.

**PRIX CIVRIEUX.** — Question : *Du rôle de l'alcool en pathologie mentale.*

N° 1. Devise : « *Varium et mutabile semper.* »

N° 2. Devise : « *L'alcool est le meilleur réactif de l'équilibre des facultés mentales.* » (Féré.)

N° 3. Devise : « *Eau de vie, eau de mort ; si elle fait vivre ceux qui la vendent, elle tue ceux qui la boivent.* » (Guy Patin.)

N° 4. Devise : « *Ceci est un bouquet de fleurs étrangères et n'ai fourni du mien que le filet à les lier.* » (Montaigne).

Commission : MM. Rendu, Dieulafoy, Laborde.

**PRIX THÉODORE HERPIN (DE GENÈVE).** — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

N° 1. La métamérie du système nerveux et les maladies de la moelle, par le D<sup>r</sup> G. Constensoux, de Paris.



N° 2. Diagnostic et traitement des maladies nerveuses, par M. le D<sup>r</sup> J. Roux, de Saint-Étienne.

N° 3. Traité des épilepsies, par M. le D<sup>r</sup> Gélinau, de Paris.

N° 4. Le traitement pratique de l'épilepsie, par M. le D<sup>r</sup> Gilles de la Tourette.

N° 5. Etude sur les hématomyélie, par M. le D<sup>r</sup> Jean Lépine, de Lyon.

N° 6. De l'aphasie motrice (étude anatomo-clinique et physiologique), par M. le D<sup>r</sup> Fernand Bernheim, de Paris.

N° 7. Les paralysies radiculaires du plexus brachial, par MM. P. Duval et G. Guillaïn, interne des hôpitaux de Paris.

N° 8. Travaux sur la pathologie du tabes dorsalis, par M. le D<sup>r</sup> Philippe, de Paris.

N° 9. De la sérumthérapie dans les maladies nerveuses et mentales. — Devise : « *Fac et spera.* »

Commission : MM. Motet, Raymond, Richer.

PRIX HENRI LORQUET. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

N° 1. La tristesse et la joie dans les maladies mentales, par M. le D<sup>r</sup> G. Dumas, de Paris.

N° 2. La psychose hallucinatoire aiguë, par M. le D<sup>r</sup> Farnarier, de Paris.

N° 3. Quelques observations inédites et intéressantes de pathologie mentale, par M. le D<sup>r</sup> P. Dheur, d'Ivry-sur-Seine.

N° 4. Contribution à la pathogénie de troubles psychiques et convulsivants provoqués ou exagérés par la menstruation. — Devise : « *Mens sana in corpore sano.* »

N° 5. Importance de l'enseignement et de l'étude de la psychiatrie pour le praticien et pour l'expert, par le D<sup>r</sup> Vaslet de Fontaubert, de Paris.

Commission : MM. Motet, Magnan, Laborde.

PRIX VERNOIS. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

N° 1. Alcoolisme et réforme sociale, par M. le D<sup>r</sup> G. Loiseau, de Paris.

Commission : MM. Périer, Monod (H.), Vallin.

#### LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (suite).

30. *Un fou sur les toits.* — On écrit de Besançon au *Petit Sou* (numéro du mardi 1<sup>er</sup> janvier 1901) :

Un fabricant de cadrans, M. H..., âgé de trente-quatre ans environ, de nationalité suisse, mais depuis longtemps établi à Besançon, a été pris ce matin d'un accès subit de folie.

Gymnaste consommé, M. H... gagna, à force d'agilité et de tours de force, les toits des maisons de la rue de Lorraine, élevées de quatre étages, vers 7 heures du matin.

Les habitants des maisons voisines et les passants, effrayés de ce spectacle, requièrent les pompiers; ceux-ci vinrent avec la toile de sauvetage et suivirent de la rue toutes les évolutions du pauvre fou sur les toits, afin de le recueillir s'il venait à tomber.

D'autres grimperent sur les toits et tentèrent inutilement de s'emparer du malheureux M. H... qui, avec une adresse extraordinaire, passait d'un toit sur un autre, en faisant les sauts les plus périlleux.

Enfin, vers midi, après une course qui n'avait pas duré moins de cinq heures, le fou, à bout de forces, glissa et tomba dans la toile que les pompiers tendaient fortement.

Le fou, ainsi recueilli, non seulement ne se fit aucun mal, mais il se livra à un pugilat en règle avec ses sauveteurs.

On dut le ligotter.

Plus de quinze cents personnes suivirent anxieusement les péripéties de cette chasse à l'homme.

31. *Les drames de la folie.* — La nuit dernière, vers 1 heure, les habitants de l'hôtel de l'Algérie, 28, rue de Rambouillet, étaient réveillés par des cris épouvantables qui partaient d'une chambre occupée par M. Jean Ducret, âgé de trente-cinq ans, ouvrier mécanicien.

L'hôtelier, M. Frugeard, croyant qu'il arrivait un malheur à son locataire, se précipita dans sa chambre; mais à peine eut-il ouvert la porte que Jean Ducret, éteignant la lumière, le saisissait à la gorge et d'une poussée vigoureuse le précipitait dans les escaliers.

Puis, en chemise, il descendait à son tour, gagnait la rue, bousculant les personnes qui voulaient l'arrêter et arrivait ainsi au pont d'Austerlitz.

Là, il monta sur le parapet du pont et il allait se précipiter dans le fleuve, quand on put le saisir et l'empêcher de mettre à exécution son fatal projet.

Tandis qu'on le ramenait, ce forcené parvint soudain à se dégager et, gagnant la berge, entra dans la Seine, où un marinier, M. Jouault, parvint, non sans peine, à le retirer.

On croyait enfin en être maître; mais une troisième fois il s'échappa, et, courant, alla se réfugier au poste de police de la rue Traversière, voulant se mettre sous la protection des agents.

M. Boutineau, commissaire de police, a envoyé ce malheureux, qui est atteint de la folie de la persécution, à l'infirmerie du Dépôt. (*Le Petit Sou*, numéro du mardi 1<sup>er</sup> janvier 1901.)

32. *Incendie et suicide.* — On lit dans le *Petit Parisien* (numéro du vendredi 4 janvier 1901) :

A la suite d'un accident, une marchande des quatre-saisons, la dame Chalmenry, demeurant rue de Charenton, dans le passage Abel-Leblanc, donnait depuis quelque temps des signes fréquents d'aliénation mentale.

Agée de soixante-huit ans, elle vivait depuis vingt ans avec un ouvrier menuisier, M. Stockell. Celui-ci, devenu septuagénaire et infirme, était soigné par elle avec un rare dévouement.

Depuis une semaine, la marchande avait, en outre, pris chez elle, pendant leurs vacances de Noël, ses deux petits-neveux, Louis et Clotilde Ledoucet, dont les parents sont blanchisseurs aux environs de Paris.

Aucune attaque de folie n'était encore survenue cet hiver à la dame Chalmenry, que tous ses proches croyaient enfin guérie.

Leur espoir fut trompé de terrible façon. Hier matin, la démente de la malheureuse femme se manifesta à nouveau, avec une violence inouïe.

Après avoir erré longtemps dans son logement où dormaient encore ses neveux et le vieillard, une idée infernale lui étant venue, elle empoigna les deux enfants réveillés en sursaut et qui poussèrent des cris aigus, les ligotta, les bâillonna et les enferma dans un placard.

Puis elle mit le feu aux rideaux de leur petit lit. Elle enflamma également les rideaux de la couche où dormait M. Stockell. Ensuite elle verrouilla les issues et se mit à crier à tue-tête des injures sans suite à des ennemis imaginaires.

Les locataires de l'immeuble, effrayés par la fumée et les cris, accoururent et enfoncèrent la porte du logement. A leur vue, la folle, qui s'était pourvue d'un rasoir, s'en porta plusieurs coups, heureusement mal assurés, à la poitrine et au cou.

M. Boutineau, commissaire de police, arriva au moment où les voisins affolés essayaient de maîtriser la folle. Celle-ci, toute sanglante, leur opposa une terrible résistance. Deux gardiens de la paix purent enfin venir à bout de ses fureurs et l'emmener à l'hôpital Saint-Antoine.

Le septuagénaire, asphyxié à demi, et les enfants, quasi étouffés par leurs bâillons dans le placard sans air, furent sauvés à temps et transportés également à l'hôpital Saint-Antoine.

L'état de la dame Chalmenry est des plus alarmants. Sa folie semble, à présent, irrémédiable, et si l'on parvient à guérir ses blessures elle sera internée dans une maison de santé.

Les pompiers de la caserne de Chaligny éteignirent, en une demi-heure, le feu allumé par la folle.

33. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Petit Parisien* (numéro du vendredi 4 janvier 1901) :

Au cours de l'avant-dernière nuit, un couple passait, vers dix heures, rue Chaudron.

Soudain, l'homme sauta à la gorge de la femme, la terrassa et se mit en devoir de l'étrangler, poussant en même temps des cris qui n'avaient rien d'humain.

Deux passants essayèrent de secourir la malheureuse; ils ne purent arriver à maîtriser le forcené.

Quatre gardiens intervinrent, s'emparèrent de cet individu, qui continuait à pousser des hurlements, et s'efforcèrent de l'emmener au commissariat de police de M. Maurice.

En cours de route, le prisonnier se débattit de telle façon qu'il blessa trois des agents. Deux d'entre ces derniers ont dû suspendre leur service, et s'aliter.

Au commissariat, il fut impossible de tirer un renseignement de l'aliéné, qui fit dans les bureaux un vacarme épouvantable.

Ce fut par sa femme, qui, après avoir été soignée dans une pharmacie, fut amenée devant le magistrat, qu'on put connaître son identité.

C'est un nommé Alfred Dommon, âgé de trente-cinq ans. Détail curieux, le malheureux, qui venait d'être soudain frappé d'un accès de folie furieuse, était depuis plusieurs années au service d'un médecin aliéniste.

Il a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

34. *Tentative d'homicide et de suicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du vendredi 11 janvier 1901) :

Un jeune homme de vingt-quatre ans, Georges Libreville, demeurant : 9, rue Lacuée, dont la vie à outrance et les excès de toute sorte avaient ébranlé la raison, a été pris soudain, hier matin, d'un accès de folie furieuse, et, saisissant par les cheveux une jeune femme de vingt-deux ans, Marie Bérou, qui était venue lui faire une visite matinale, il tenta de la précipiter par la fenêtre.

Comme la malheureuse se débattait, il saisit un tabouret et lui en asséna sur le crâne un coup terrible.

Aux cris de la victime, on accourut et on arracha la jeune femme des mains de son bourreau. Puis on voulut saisir le forcené qui déjà avait enjambé la fenêtre. On put heureusement le saisir par ses vêtements avant qu'il se fût précipité dans le vide.

Le jeune homme fut conduit à l'hôpital Saint-Antoine, car il s'était entamé les poignets en brisant les vitres de la fenêtre à coups de poing, et il fallait panser ses blessures.

Tandis qu'il était dans la salle d'opérations, le malheureux profita d'un moment d'inattention de ceux qui le surveillaient

pour s'emparer d'un scalpel dont il se porta un coup dans le ventre.

On put enfin le désarmer. Mais on dut lui mettre la camisole de force pour l'empêcher d'attenter de nouveau à sa vie.

Son état est désespéré. Quant à Marie Bérout, elle a été également conduite à l'hôpital Saint-Antoine.

35. *Un fou sur l'impériale.* — Un garçon boucher, Emile Darras, se trouvait, avant-hier soir, sur l'impériale d'un tramway allant de La Villette à la place de l'Etoile. Un peu avant la place Blanche, boulevard de Clichy, il fut pris d'un accès subit de fureur alcoolique. Il se leva et se mit à frapper violemment ses voisins, en criant à gorge déployée :

— A bas la France ! A bas les Français !

Le cocher arrêta ses chevaux. Des gardiens de la paix montèrent sur la voiture et s'emparèrent du forcené. Ils ne le purent maîtriser qu'avec beaucoup de difficulté, car il s'accrochait désespérément à la rampe de l'escalier.

M. Cornette, commissaire de police, a fait conduire Emile Darras à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Figaro*, numéro du 14 janvier 1901.)

36. *Périlleuse capture d'un fou.* — M. Maréchal, commissaire de police du quartier Saint-Lambert, était averti hier au soir par les habitants du n° 205 de la rue de Vaugirard qu'un des locataires de la maison était en proie à un accès de folie furieuse et brisait tout dans son appartement.

Quelques gardiens de la paix, envoyés sur les lieux, ne purent approcher du malheureux, qui menaçait de leur faire un mauvais parti. Ils durent demander du renfort, et ce n'est qu'après une heure de lutte que le forcené put être ligotté et mis, non sans peine, dans une voiture.

C'est un nommé Stéphane G..., âgé de quarante-cinq ans, qui présentait depuis quelque temps des signes manifestes de dérangement cérébral. Il a été envoyé à l'infirmerie spéciale. (*Le Journal*, numéro du mardi 15 janvier 1901.)

37. *Violente agression.* — On lit dans le *Français* (n° du mercredi 16 janvier 1901) :

M<sup>me</sup> Rachel Bir, âgée de cinquante-sept ans, passait, hier soir vers six heures, avenue d'Orléans, quand une jeune femme de mise élégante l'aborda et lui demanda le chemin qu'elle devait prendre pour se rendre à la gare Montparnasse.

M<sup>me</sup> Bir le lui indiqua complaisamment. Soudain l'inconnue se recula vivement et, saisissant M<sup>me</sup> Bir par les cheveux, la frappa à coups de pied et de poing et se mit à crier :

— Ah ! je te reconnais, gueuse ! Tu m'as pris mon mari !

Dés passants dégagèrent non sans peine M<sup>me</sup> Bir et des

agents conduisirent l'inconnue chez M. Baissac, commissaire de police.

C'est une dame Marie Corral, âgée de vingt-huit ans, qui est devenue folle à la suite du départ de son mari qui l'a quittée pour aller vivre en Amérique avec une de ses amies les plus intimes.

38. *Un drame de la folie.* — Sous ce titre, le *Figaro* (numéro du jeudi 17 janvier 1901) rapporte le fait divers suivant :

« La nuit dernière, vers 3 heures, des cris effroyables retentissaient dans la maison située 26, rue des Envierges.

« Une locataire, M<sup>me</sup> Eugénie Rougier, âgée de trente-quatre ans, qui donnait depuis quelque temps des signes de dérangement d'esprit, venait d'être prise d'un accès de folie furieuse.

« Elle se leva et tenta d'étrangler sa fillette de trois mois, qui dormait dans son berceau, près de son lit. Son mari parvint heureusement à lui arracher l'enfant. Mais alors la folle tourna sa rage contre M. Rougier. Elle s'empara d'une fiole d'acide sulfurique qu'elle avait achetée on ne sait où, dissimulée la veille au soir, et lui en lança le contenu au visage.

« Horriblement brûlé, le malheureux Rougier s'affaissa. Des voisins enfonçaient à ce moment la porte. Ils s'emparèrent de la folle, qui riait aux éclats.

« M. Rougier fut transporté à l'hôpital Tenon. Son état est grave. Il restera aveugle.

« Sa femme a été envoyée à l'infirmerie du Dépôt. »

39. *Par la fenêtre.* — Un ancien commerçant de Clermont-Ferrand, nommé Barthélemy P..., était depuis quelque temps atteint de la folie de la persécution. Il y a trois jours, M. P..., croyant sa vie menacée, quitta précipitamment sa ville natale et vint à Paris, sans billet, d'ailleurs.

Pendant deux jours, il erra dans les rues, cherchant à se dérober à ses ennemis imaginaires qui, croyait-il, l'avaient suivi dans son voyage. Enfin, cette nuit, en proie à une terreur folle, épuisé, haletant, il se réfugia au poste de police de la rue Drouot.

Ce matin, on le conduisit chez M. Archer, commissaire de police. Mais, en entrant dans les bureaux du commissariat, il fut pris d'une crise furieuse. S'échappant des mains de l'agent qui le tenait, il bondit vers la fenêtre, brisa deux carreaux de vitre et, par l'ouverture, fit mine de se précipiter dans la rue.

Déjà le pauvre aliéné avait la moitié du corps qui penchait dans le vide, quand un inspecteur du commissariat, M. Etienne Falet, doué d'une poigne solide, le rattrapa et le remit sur ses jambes. Il lui fallut ensuite soutenir une véritable lutte pour

maîtriser le malheureux fou, qui a été conduit à l'infirmerie du Dépôt (Le *Temps*, numéro du dimanche 20 janvier 1901).

40. *Actes de violence*. — On lit dans le *Matin*, numéro du dimanche 27 janvier 1901 :

Un homme, âgé de trente-cinq à quarante ans, se faisait remarquer hier soir, sur le boulevard d'Asnières, à Villeneuve-la-Garenne, par ses allures désordonnées. Il poussait des cris gutturaux et incohérents, agrémentés de grands gestes, qui étaient tantôt ceux d'un orateur en train de pérorer, tantôt ceux d'un épileptique et d'un fou furieux. Puis, ne s'en tenant plus à ces manifestations platoniques, il saisissait sur le chemin les plus grosses pierres qu'il y pouvait trouver, et les lançait avec force à la tête des innombrables curieux qu'avaient attirés ses excentricités. C'est miracle qu'il n'ait blessé personne.

Des agents étant survenus, il leur fallut soutenir contre l'insensé une véritable lutte; ils finirent toutefois par le maîtriser et le conduisirent au commissariat. M. Kien, commissaire de police, le dirigea sur l'infirmerie spéciale du Dépôt, sans avoir pu établir son identité.

41. *Suicide*. — Jeudi dernier, M. Pierre Prévost, âgé de soixante-douze ans, s'est pendu à un arbre, près la gare de Fourchambault.

On attribue ce suicide à un dérangement mental. (Le *Progrès de la Nièvre* du dimanche 27 janvier 1901).

42. *Suicide d'un vieillard*. — Un vieillard de quatre-vingt-huit ans, M. Berlot, s'est suicidé, hier, après-midi, dans les magasins d'appareils de chauffage que son petit-fils dirige rue du Quatre-Septembre. On l'a trouvé pendu dans l'escalier conduisant au sous-sol. Tous les soins pour le rappeler à la vie ont été vains.

On ne saurait attribuer qu'à un accès de folie cet acte de désespoir chez un vieillard qui, malgré son grand âge, jouissait d'une santé excellente et pour qui ses petits-enfants avaient des soins très empressés. (Le *Temps*, numéro du dimanche 27 janvier 1901).

43. *Tentative de suicide*. — On lit dans le *Matin*, numéro du mardi 29 janvier 1901 :

Les habitants de la maison portant le n° 2 de la rue de Montreuil étaient réveillés, la nuit dernière, par un vacarme étourdissant, provenant du logement occupé par un sieur Veissière, ouvrier menuisier, âgé de trente-six ans, qui, depuis quelques jours, donnait des signes non équivoques de dérangement cérébral.

Ne doutant pas que le malheureux ne se livrât à quelque dangereuse extravagance, ils enfoncèrent la porte et l'aper-

çurent étendu à terre, avec de graves blessures au visage et au cou.

Pris d'un accès de folie furieuse, le malheureux s'était jeté sur un petit chien, auquel naguère il paraissait très attaché, et l'avait assommé à coup de marteau. Puis il s'était élancé contre les murs et les portes la tête en avant, se faisant de graves blessures.

On l'a, sur l'ordre de M. Guicheteau, commissaire de police, fait transporter à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

44. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Matin*, numéro du samedi 2 février 1901 :

Une couturière, M<sup>me</sup> Jeanne Sillet, âgée de trente-cinq ans, demeurant 180, rue Saint-Martin, ne jouissait plus, depuis quelque temps, de la plénitude de ses facultés. Continuellement, elle menaçait ses voisins de les tuer à coups de revolver, et ceux-ci, craignant que la folle mît ses projets à exécution, lui firent donner congé.

Elle alla habiter 150, boulevard de Grenelle; mais en quittant son domicile de la rue Saint-Martin, elle dit à un locataire, M. Gilis, chapelier, qu'elle soupçonnait particulièrement de l'avoir fait renvoyer :

— Je pars. Mais soyez tranquille : je reviendrai pour vous tuer.

Hier, en effet, comme il sortait de chez lui, M. Gilis vit la pauvre déséquilibrée se dresser devant lui. En apercevant celui qu'elle considérait comme son plus mortel ennemi, Jeanne Stillet tira de son corsage un revolver et le déchargea à trois reprises sur le chapelier. Un seul projectile atteignit M. Gilis. Les autres allèrent briser la glace d'un magasin, mais ne blessèrent personne. Accourus au bruit des détonations, des passants et des gardiens de la paix désarmèrent la folle et la conduisirent au commissariat de police de M. Lamé. Ce magistrat l'a envoyée à l'infirmerie du Dépôt.

Quant à M. Gilis, qui a eu le bras droit traversé par la balle, il a demandé à être soigné chez lui.

45. *Un aliéné parricide.* — On écrit de Limoges au *Petit Parisien* (numéro du mardi 5 février 1901) :

Le nommé Teilhannas, âgé de vingt ans, qui était depuis quelque temps atteint de troubles cérébraux, a, ce matin, au cours d'une attaque de folie furieuse, commis un crime horrible.

Teilhannas s'était levé à huit heures, en proie à une vive surexcitation; après avoir brisé une partie des meubles de l'appartement, il réveilla un petit garçon que sa mère a adopté et qui dormait dans une chambre voisine, lui disant : « Va-t'en, si tu ne veux pas que je te fasse un mauvais parti ! » L'enfant, effrayé, s'habilla tout de suite et partit.



M<sup>me</sup> Teilhannas intervint alors pour calmer son fils ; mais celui-ci, rendu plus furieux par les exhortations au calme que lui adressait sa mère, prit un couteau dont la lame était effilée, terrassa la pauvre femme, qu'il serra entre ses genoux pour l'empêcher de se débattre, et lui larda ensuite le corps de plus de dix coups de couteau.

Aux cris déchirants poussés par M<sup>me</sup> Teilhannas, les voisins pénétrèrent dans la chambre et trouvèrent la malheureuse femme baignant dans son sang.

Le fou l'avait lâchée et menaça tout le monde de son couteau.

On parvint à le pousser dans une chambre où il fut enfermé pendant qu'on courait prévenir la police.

M<sup>me</sup> Teilhannas, très grièvement blessée, a été transportée à l'hôpital. Teilhannas a pu être conduit au bureau du commissariat, où il est étroitement surveillé.

Ce drame a provoqué une douloureuse émotion dans le quartier du Pont-Saint-Étienne.

46. *Persécuté homicide*. — On lit dans le *Temps*, numéro du jeudi 7 février 1901 :

Route de Versailles, à Boulogne-sur-Seine, est établie une pension de famille qui porte le titre de « Villa de la Grille-Dorée ». Hier soir, vers neuf heures, les pensionnaires quittaient la table et s'installaient dans le salon. L'un d'eux, M. Yanès, beau-frère d'un député aux Cortès espagnoles et qui ne jouit pas de la plénitude de ses facultés, s'avança vers M. Bellemontre, employé d'assurances, qui s'était déjà assis dans un fauteuil. En le voyant venir vers lui, celui-ci se leva aussitôt pour lui céder sa place, car il était plein de prévenances pour lui. Aussitôt, M. Yanès tira un revolver de sa poche, fit feu et abattit à ses pieds le malheureux qui, atteint à la tête, expira sur-le-champ. Devenu fou furieux, M. Yanès se logea une balle dans la tête et tomba à son tour. On le releva ; il respirait encore. On le transporta sans retard à l'hôpital Beaujon, où son état fut jugé désespéré. M. Yanès était fou, au vu et au su de tout le monde. Un médecin de la localité avait insisté pour qu'il fût enfermé. M. Bellemontre, la victime, était âgé de quarante et un ans et célibataire.

47. *La peur des Boers*. — Avenue Henri-Martin, hier matin, un individu de haute stature, armé d'une carabine, s'embusquait derrière les arbres et tirait sur tous les chiens qui passaient à sa portée. Des passants, dont les infortunés toutous avaient été à demi-estropiés par l'énergumène, coururent chercher des gardiens de la paix qui s'emparèrent du dangereux tireur et le conduisirent chez M. Bacot, commissaire de police.

Interrogé par le magistrat, l'individu, dont les explications incohérentes indiquaient suffisamment l'état cérébral, déclara se nommer Henry Delshow, sujet autrichien, âgé de cinquante-deux ans, et habitant, 35, boulevard Suchet. Il ajouta qu'il était revenu depuis peu du Transvaal, où il avait fait campagne, et que les Boers, sachant qu'il était rentré en France, avaient lâché dans Paris, pour le dévorer, une bande de chiens affamés.

Le malheureux, qui vient effectivement du Transvaal, a été dirigé sur l'infirmerie spéciale. (*Le Matin*, numéro du vendredi 13 février 1901.)

48. *Parricide*. — On télégraphie de Saint-Dizier au *Figaro* (numéro du jeudi 14 février 1901).

« Le nommé Adam (Emile), âgé de vingt-trois ans, a, dans un accès de folie, étranglé son père, âgé de soixante et un ans.

« Le parricide a été enfermé à l'asile des aliénés, où il sera soumis à un examen médical. »

49. *Possédée du diable*. — Les habitants de la rue de Charonton ont été mis, hier soir, en émoi par une scène assez dramatique.

Au n° 240, habite une dame Louise Bernard qui, depuis quelques jours, donnait des signes évidents de dérangement cérébral. La malheureuse se croyait possédée par le démon et commettait toutes sortes d'excentricités.

Hier soir, elle se dévêtit presque complètement, sortit dans la rue et se mit à courir en poussant des cris affreux. Aussitôt, une foule énorme s'amassa autour de la malheureuse, qui s'était mise à danser une sarabande échevelée.

Des gardiens de la paix survinrent et voulurent s'emparer de la déséquilibrée; mais elle se débattit et parvint à saisir le sabre de l'un d'eux. Elle voulut l'en frapper, en criant :

— Je vais te tuer, Satan ! Car il est là, je le sens en moi !

La malheureuse, enfin maîtrisée, fut conduite chez M. Brunet, commissaire de police, qui l'a fait diriger sur l'infirmerie spéciale. (*Le Matin*, numéro du 1<sup>er</sup> mars 1901.)

#### A PROPOS D'UNE SOIRÉE THÉÂTRALE A L'ASILE DE VILLEJUIF.

Une représentation théâtrale était donnée récemment par les pensionnaires de l'asile de Villejuif à leurs camarades. Cette représentation eut tout le succès qu'elle méritait. M. Paul Ginisty, directeur du théâtre de l'Odéon, qui assistait à cette fête, en a donné, dans la *Liberté* (numéro du jeudi 21 mars 1901), un compte rendu dont nous extrayons le passage suivant :

« ... Nous sommes à l'asile de Villejuif, et la pièce qui va

être représentée à uniquement pour interprètes des fous et des folles, pensionnaires de l'établissement. Le « directeur », que nous venons de voir s'empresse autour des « artistes », n'est autre que le médecin en chef, le bienveillant et avisé D<sup>r</sup> Marcel Briand, qui a réalisé là un véritable prodige, s'improvisant auteur, régisseur, costumier, arrivant à présenter à un public d'aliénés, qui, ce jour-là, se tient fort raisonnablement, un spectacle aimable et qui marche sans un accroc, oui, sans un accident, car l'unique petit fait qui s'est produit a passé inaperçu : un individu costumé en minstrel, possédant un bel organe de ténor, n'a pas attaqué sa chanson au signal du chef d'orchestre. On l'a vu, un instant, prêter l'oreille, comme s'il consultait des voix mystérieuses, puis il a acquiescé de la tête et il a commencé. On a pu prendre la manie de cet halluciné pour un effet comique.

« Le D<sup>r</sup> Briand croit fermement à la vertu curative ou apaisante d'une distraction pour ses malades. De fait, pendant les quinze jours qui ont précédé la représentation, il a obtenu, des sujets choisis par lui, un calme à peu près complet. Un exemple : quand commencèrent les répétitions, la pauvre créature qui jouait le rôle du petit Lucifer, dont j'ai parlé, était dans un tel état d'agitation qu'on avait dû la mettre en cellule. Les échos de ce qui se préparait lui arrivèrent pourtant ; elle fit demander au docteur de la prendre parmi ses « artistes », en lui jurant qu'elle serait docile. Le docteur tenta l'expérience, et l'autre jour, en effet, Lucifer remplissait son personnage fort congrûment, sans que rien indiquât la crise qu'elle venait de traverser.

« Mais que d'ingéniosité doit dépenser l'organisateur de la fête ! il faut faire vite, tout d'abord, car il ne pourrait obtenir longtemps la faculté d'attention qu'il est parvenu, en frappant leur imagination, à réveiller chez ses acteurs. Il faut, en tenant compte des particularités de ses interprètes, qu'il construise lui-même le scénario de la pièce, en utilisant les aptitudes de ceux de ses pensionnaires qu'il emploie ; il faut qu'il ménage toutes les susceptibilités, car la vanité, ordinaire chez les acteurs sains d'esprit, s'exaspère singulièrement chez les malades, et il met un soin, touchant chez un maître de la science comme lui, à doser également les « effets » de ses artistes, à leur partager les mots amusants, les répliques qui doivent être applaudies, leur inexpérience ne diminuant pas leur ambition. Il faut qu'il leur enseigne à parler, à marcher, à faire les mouvements nécessaires, chose laborieuse et difficile : ainsi, il est à peu près impossible d'arriver à leur imposer le sentiment de la cadence dans les défilés qui ont lieu sur ce petit théâtre qu'il a fait élever. Il faut, à force de patience,

qu'il triomphe de mémoires rebelles ou découragées, qu'il prévienne, par des raisonnements d'une inlassable bonté, les tendances à des écarts hors du texte de la pièce, qu'il se mette en garde contre des méchancetés surnoises, fréquentes chez les fous, même dans les périodes tranquilles, qui risqueraient de compromettre la représentation... L'effort paraît, en vérité, extraordinaire. Pendant quelque temps, ces déments — et de quelles tares ils sont atteints ! — se confondent avec les gens sensés.

« Le spectacle fut curieux pour les quelques personnes mêlées au public de fous, et étonnées de les trouver si « sages ». Pour moi qui avais pu voir de près tous ses préparatifs, j'étais surtout frappé de la pitié active et efficace du D<sup>r</sup> Briand — de cette pitié sans laquelle il n'y a pas de vrai médecin — faisant de lui, sans qu'il crût se rabaisser, l'amuseur indulgent et le consolateur de cette foule lamentable de pauvres être séparés du monde... »

#### FAITS DIVERS

*Séquestration d'une aliénée dans sa famille.* — On écrit de Brécey (Manche) au *Journal* (numéro du mardi 6 novembre 1900) :

« La gendarmerie de Brécey était informée, hier, que les époux Boulais, cultivateurs à Cuves, séquestraient leur fille, Augustine, âgée de vingt-neuf ans. Aussitôt les gendarmes se sont transportés au domicile des époux Boulais. Un spectacle affreux s'est offert à leurs yeux. Dans une écurie, distante de 30 mètres environ de la maison d'habitation, ils ont trouvé Augustine Boulais, à moitié nue, attachée à un pieu. Une chaîne de fer, pareille à celles dont on se sert pour retenir les animaux au pacage, entourait sa taille; cette chaîne était très courte et rendait impossibles presque tous les mouvements de la malheureuse; les bras seuls étaient libres; un grabat en planches lui servait de couche; elle ne pouvait s'y tenir qu'à genoux ou sur son séant; ses excréments tombaient à terre par les espaces réservés entre les planches.

« Il y a trois ans, Augustine Boulais était devenue folle, à la suite d'une fièvre; c'est depuis cette époque qu'elle était séquestrée. Les parents ont été mis en état d'arrestation.

« Cette affaire cause la plus douloureuse émotion dans le pays. »

*Drames dans les asiles d'aliénés.* — On écrit de Nice au *Petit Parisien* (numéro du 23 janvier 1901) :

« Un terrible drame s'est déroulé hier après-midi, vers

4 h. 1/2, à l'asile d'aliénés de Saint-Pons. Un malheureux, interné depuis quelque temps, a tué d'un coup de ciseau à froid en plein cœur une femme avec laquelle il vivait maritalement depuis longtemps déjà et dont il avait eu quatre enfants.

« Le meurtrier, nommé Tarasco, sujet italien, avait perdu la raison à la suite de violents chagrins dont il avait cruellement souffert. Hier, sa maîtresse, Thècle Racca, se rendit à l'asile pour le voir, causer avec lui de leurs affaires et le rassurer sur le sort de leurs enfants. Il était environ 4 heures lorsqu'elle entra au parloir.

« Tarasco la rejoignit et, observés à la distance réglementaire par les surveillants, tous deux s'entretenirent à demi-voix pendant cinq minutes environ sans que rien dans l'attitude de l'homme pût faire prévoir le drame affreux qui allait se dérouler.

« Quelques instants plus tard, Tarasco et la jeune femme, tout en continuant à converser, se dirigèrent vers l'atelier d'ébénisterie dans lequel l'administration de l'hospice avait autorisé l'Italien à travailler depuis que son état semblait être devenu meilleur. Là, le diapason des deux voix s'éleva, et soudain Tarasco, avec une foudroyante rapidité, sortant un ciseau à froid dont la lame mesure 13 centimètres de longueur, et qu'il dissimulait sous un pan de sa veste de travail, en porta à Thècle Racca un violent coup qui l'atteignit dans la région du cœur.

« La mort fut presque instantanée.

« Tandis que, surpris par la soudaineté foudroyante de l'acte, les gardiens s'empressaient auprès de la malheureuse victime gisant inanimée dans une mare de sang, le fou assassin prenait la fuite. On se mit rapidement à ses trousses et des soldats l'arrêterent en ville, malgré la vive résistance que Tarasco leur opposa.

« Le corps de Thècle Racca a été transporté dans une des salles de l'hospice, où il est veillé par la mère et la sœur de l'infortunée, prévenues du grand malheur qui venait de les frapper.

« L'autopsie doit être pratiquée aujourd'hui par le médecin légiste Pietri. »

— D'autre part, on lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 30 janvier 1901) :

« On mande de Cahors qu'un des pensionnaires de l'asile d'aliénés de Leyme, nommé Aristide Lapergue, âgé de vingt-sept ans, paralysé des membres inférieurs, passait ses journées dans un fauteuil de l'infirmerie.

« Un autre aliéné, considéré comme inoffensif, dans un accès de folie furieuse, saisit un de ses sabots et en frappa violemment le paralytique au visage ; puis, arrachant la barre d'appui

du fauteuil sur lequel le malheureux était assis, il lui en asséna sur la tête deux coups furieux.

« Lapergue a été littéralement assommé. Il n'a pas fallu moins de trois personnes pour maîtriser le fou furieux. »

#### SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

**PRIX LIÉBAULT.** — Un prix de la valeur de 200 francs, fondé par le D<sup>r</sup> Liébault (de Nancy), sera décerné annuellement par la Société d'hypnologie et de psychologie à l'auteur de la meilleure thèse sur l'un des sujets suivants : hypnologie, psychothérapie, pédagogie, criminologie, folklore, psychologie physiologique et pathologique.

Les thèses des Facultés des lettres, des sciences et de droit sont admises à concourir au même titre que celles des Facultés de médecine.

Les thèses devront être adressées avant le 31 décembre de chaque année à M. le secrétaire général de la Société d'hypnologie et de psychologie, 14, rue Taibout, Paris.

#### PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE ANNÉE 1902

**PRIX AUBANEL.** — 2.000 francs. — Question : *Valeur séméiologique des idées hypocondriaques dans les maladies mentales appuyée sur des observations personnelles.*

**PRIX BELHOMME.** — 900 francs. — Question : *Du sens de l'ouïe chez l'idiot.*

**PRIX ESQUIROL.** — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

#### ANNÉE 1903

**PRIX ESQUIROL.** — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

**PRIX MOREAU (de Tours).** — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1901 et en 1902, devant les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

PRIX SEMELAIGNE. — 500 francs. — Question : *Histoire de la paralysie générale.*

NOTA. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1901 pour les prix à décerner en 1902 ; pour ceux à décerner en 1903, le 31 décembre 1902, chez M. le D<sup>r</sup> ANT. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés ; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

#### ENSEIGNEMENT

ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE. — MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et étudiants parvenus au terme de leur scolarité sont admis, sur la présentation de leur carte, à assister à la visite du médecin en chef de l'Infirmierie spéciale du Dépôt, M. le D<sup>r</sup> PAUL GARNIER, le mercredi et le vendredi de 1 h. 1/2 à 3 heures, quai de l'Horloge, 3.

Après trois mois d'assiduité à cette clinique, un certificat de stage médico-légal psychiatrique sera délivré par la Faculté de médecine.

---

# TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XIII<sup>e</sup> VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

## PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

### I. — Psychologie morbide.

	PAGES
Histoire des suggestions religieuses de François Rabelais; par le D <sup>r</sup> Binet-Sanglé ( <i>suite et fin</i> ) . . . . .	5, 177 et 353

### II. — Pathologie.

La folie des fous. Nouvelle contribution à l'étude des folies épidémiques au Brésil; par le D <sup>r</sup> Nina-Rodriguez . . .	19, 189 et 370
De la valeur sociale des dégénérés; par les D <sup>rs</sup> Rémond (de Metz) et Lucien Lagriffe. . . . .	33, 200 et 382
Contribution à l'étude des perversions sexuelles; par le D <sup>r</sup> Serge Soukanoff. . . . .	50
Note sur la paralysie générale à l'asile de Saint-Alban (Lozère); par le D <sup>r</sup> René Charron. . . . .	217
Un cas de folie brightique; par le D <sup>r</sup> Viallon. . . . .	396

### III. — Thérapeutique.

Le traitement des aliénés par le repos au lit; par Adam Wizel. . .	56 et 224
--	-----------

### IV. — Statistique.

Etude statistique sur l'établissement d'aliénés de Sainte-Marie, à Clermond-Ferrand, depuis sa fondation (1836) jusqu'en 1899; par le D <sup>r</sup> P. Hospital. . . . .	405
---	-----

## DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

### I. — Société médico-psychologique.

Séance du 29 octobre 1900. — Mort de M. Henry Bonnet: M. Magnan. — Correspondance et présentations d'ouvrages: MM. Sollier, Antheaume, Mongeri, Villeneuve, Greidenberg, Aulard, Cabred, Sante de Sanctis, Massalongho, Ritti. — De la pression sanguine chez les aliénés. Rapport sur un travail de M. Pilcz: MM. Legrain, Toulouse. — Un cas de délire des persécutions



<p>systématique avec hallucinations corrigées par le malade : MM. Ségla, Briand, Dautreberte, Legrain, Marie. — Deux cas de paralysie générale syphilitique à gomme osseuse traités par l'iodure et l'hypochloruration : MM. Marie, Toulouse — De l'influence de l'hyperthermie sur la production des accès d'épilepsie : MM. Marie, Toulouse, J. Voisin, Magnan, Dautreberte, Briand. . . . .</p> <p><i>Séance du 26 novembre 1900.</i> — Mort de M. Durand (de Grés) : M. Magnan. — Correspondance et présentations d'ouvrages ; MM. Semelaigne, Ruggieri. — Rapport de M. Febvre sur la candidature de M. Geo. Villeneuve ; élection. — Rapport de M. Roubinovitch sur la candidature de M. Greidenberg ; élection. — Hépatisme et névropathie. Rapport sur un travail de M. Masalongho, de Naples : MM. Arnaud, Klippel. — L'examen des inculpés au point de vue mental par les médecins non spécialisés : MM. H. Colin, Briand, Legrain, Pactet. . . . .</p> <p><i>Séance du 17 décembre 1900.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Greidenberg, Taty, Dide, Paul Masoin. — Election du bureau de 1901. — Observations pour servir à l'histoire du délire des négations : MM. Paul Masoin, Ségla, Arnaud. — Quelques troubles du langage chez un paralytique général : MM. E. Chardon et Maurice Dide. . . . .</p> <p><i>Séance du 28 janvier 1901.</i> — Installation du bureau : MM. Magnan, Joffroy, Motet. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Boissier, Paul Garnier, Géo. Villeneuve, Möbius, Sutherland, Paul Aubry, Vaschide et Marchand. — Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1901. — Nomination des commissions de prix. — Rapport de la Commission des finances : M. Christian. — Rapport de M. Sérieux sur la candidature de M. Maurice Dide ; élection. — Décnbitus aigu à la région fessière droite dans un cas d'hémiplégie gauche : MM. Dautreberte et Vernet. . . . .</p> <p><i>Séance du 28 janvier 1901 (suite et fin).</i> — Considérations sur la paralysie générale à propos d'un cas de syphilis héréditaire chez une jeune fille : MM. Vurpas et Marchand, Briand, Toulouse, Legrain. . . . .</p> <p><i>Séance du 26 février 1901.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Dide, Marchand, Giffredi-Ruggieri. — Rapport de M. Boissier sur la candidature de M. Taty ; élection ; — Rapport de M. Paul Garnier sur la candidature de M. Paul Masoin ; élection. — Rapport de M. Roubinovitch sur la candidature de M. Möbius ; élection. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Sutherland ; élection. — Sur le rôle des impressions kinesthésiques dans la maladie du doute : MM. Paul Sollier, Ségla. — Hallucinations psycho-motrices et spiritisme dans un cas de paralysie générale : MM. Trénel, Briand, Ségla, Dupain, Ballet, Magnan. . . . .</p>	<p>76</p> <p>89</p> <p>239</p> <p>256</p> <p>430</p> <p>454</p>
---	---

## II. — Revue des journaux de médecine.

### SOCIÉTÉS SAVANTES (1899)

(Anal. par le Dr CULLERRE.)

Absence de sens moral chez les criminels. . . . .	111
Signification physiologique de la résection du sympathique dans la maladie de Basedow, l'épilepsie, l'idiotie et la glaucome. . .	111
Variations de l'état électrique des muscles chez l'homme sain et malade. . . . .	112

**JOURNAUX ALLEMANDS (1897).**

(Anal. par le Dr AL. ADAM.)

	PAGES
Cas de paramyoclonus multiplex consécutif à un traumatisme. . .	113
Névrose professionnelle (tic des horlogers) affectant la forme du tic facial. . . . .	114
Traitement de l'épilepsie. . . . .	115
Paralysies de nature épileptique à forme paroxystique. . . . .	116
Convulsions corticales prolongées dans la paralysie générale des aliénés. . . . .	118
Cas de maladie de Bernhardt. . . . .	119
Paresthésie des nerfs cutanés de la cuisse. . . . .	120
Interprétation des convulsions survenant à la suite de tentatives de suicide par pendaison. . . . .	121
La crainte de rougir considérée comme une forme spéciale de trouble pathologique. . . . .	121 et 133
Contribution à la statistique et à l'étiologie de la paralysie générale. . . . .	122
Mensuration de la capacité crânienne. . . . .	123
Comment se comportent les bromures dans l'organisme des épileptiques? Echanges organiques dans la cure de Flechsig. . . . .	124
Maladies nerveuses organiques masquées par l'hystérie. . . . .	125
Interprétation des troubles de la sensibilité dans la maladie de Bernhardt. . . . .	126
Des signes (extérieurs) de dégénérescence dans la paralysie générale et de quelques autres points touchant cette maladie. . . . .	127
Poids du cerveau et capacité crânienne. . . . .	129
De la glande thyroïde et de la maladie de Basedow. . . . .	132
Considérations sur l'étiologie et le traitement du tabes. . . . .	134
Un cas de perversion sexuelle. . . . .	134

**JOURNAUX ITALIENS (1897-1898).**

(Anal. par les Drs NICOLAU et TH. TATY.)

Les diverses formes de confusion mentale. . . . .	275
La pudeur. Etude physio-pathologique et sociale. . . . .	282
Rechutes mentales survenues après un long intervalle de santé. . .	283
Le tempérament et le caractère : leur valeur dans les recherches de psychiatrie et d'anthropologie criminelle. . . . .	284
Le lactophénine dans l'insomnie des aliénés. . . . .	286
L'impulsivité dans le caractère et les psychoses. . . . .	287
Observations d'histologie cérébrale. . . . .	287
L'auto-intoxication dans l'étiologie des névroses et des psychoses. .	288
Du soliloque chez les aliénés. . . . .	289
Cas de torticollis mental ou maladie de Brissaud. . . . .	290
Forme rare de crampe professionnelle. . . . .	472
Forme spéciale d'aura chez une épileptique. . . . .	472
Notes de psychologie criminelle. . . . .	472
Cas atypiques de paralysie progressive. . . . .	473
Sensibilité générale chez les criminels et les prostituées. . . . .	473
Satyriasis récurrent chez un alcoolique et hystérie dans un cas de folie morale. . . . .	473
Délire systématisé de négation. . . . .	475
Equivalents musicaux des attaques épileptiques. . . . .	475 et 476
Tics et paranoïa. . . . .	476

Réflexes douloureux d'origine psychique et de nature professionnelle . . . . .	476
Cas de névrose migraineuse. . . . .	477
Rapports d'identité, de ressemblance, d'analogie et d'équivalence entre le rêve et la folie. . . . .	477
Recherches bactériologiques sur le liquide céphalo-rachidien des déments paralytiques. . . . .	478

## JOURNAUX ANGLAIS (1898).

(Anal. par le Dr PONS.)

Flechsigs. Sur la localisation des fonctions mentales dans le cerveau. . . . .	291
Carlyle, sa femme et ses critiques. . . . .	296
Visite aux asiles danois pour faibles d'esprit et autres institutions. . . . .	297
Certains signes physiques dans la mélancolie . . . . .	300
Alcoolisme et impulsions suicides. . . . .	301
Servitude pénale et folie. . . . .	302
Rapport de la syphilis acquise avec l'aliénation mentale . . . . .	303
Valeur intellectuelle comparative des lobes cérébraux antérieurs et postérieurs. . . . .	306
Cas d'hématoporphyrinurie. . . . .	307
La folie chez les enfants. . . . .	308
Points de ressemblance entre les folies épileptique et alcoolique. . . . .	313
Analyse des causes de la folie chez un millier de malades. . . . .	314
L'hérédité dans ses rapports avec la maladie mentale. . . . .	317
Remarques sur les cellules géantes de l'écorce chez les aliénés, examinées à l'état frais. . . . .	319
Une nouvelle méthode de Nissl. . . . .	480
Histologie normale et pathologique des cellules nerveuses corticales, spécialement dans ses rapports avec la folie . . . . .	481
Histologie normale et pathologique des plexus choroïdes. . . . .	483
Traitement défectueux des ivrognes . . . . .	486
Influence des améliorations de l'hygiène des asiles sur le traitement des aliénés. . . . .	488

## III. — Bibliographie.

Contribution à l'étude de l'automatisme psychologique par auto-suggestion; par le Dr Antonini. (Anal. par le Dr Gombault). . . . .	137
Hystérie masculine. Etat de double conscience; par le Dr Raphael Baroncini (Anal. par le Dr Gombault). . . . .	140
Observation d'un cas d'acromégalie; par le Dr G. Antonini (Anal. par le Dr Gombault). . . . .	142
Le tremblement héréditaire essentiel. Tromophilie; par le Professeur Ughetti (Anal. par le Dr Th. Taty). . . . .	148
Le nervosisme de cette fin de siècle; par le Dr Leonardo Bianchi (Anal. par le Dr Gombault). . . . .	146
Clinique des maladies du système nerveux; par le professeur Raymond (Anal. par le Dr Arnaud). . . . .	322
Opportunité et efficacité de la cure chirurgico-gynécologique dans l'hystérie et les aliénations mentales; par les Drs Angelucci et Pieraccini (Anal. par le Dr Th. Taty). . . . .	327
Revue des thèses soutenues devant la Faculté de Bordeaux pendant l'année scolaire 1899-1900; par le Dr Gaston Lalanne. . . . .	491
Revue des thèses soutenues devant la Faculté de Toulouse pendant l'année scolaire 1899-1900; par V. Parant.	

	PAGES
Un cas d'idiotie familiale amaurotique avec autopsie; par le Dr F. Peterson (Anal. par le Dr Cullerre). . . . .	501
Trente-huitième rapport annuel du médecin-directeur de l'hôpital d'Etat de Matteaven, pour l'année finissant le 30 septembre 1897; par le Dr H.-D. Allison, 1898 (Anal. par le Dr Cullerre). . . .	501
Le traitement par le suc ovarien dans les maladies nerveuses et mentales; par le Dr Tambroni, de Ferrare (Anal. par le Dr Th. Taty).. . . . .	502
Soixante-dix-huitième rapport annuel des directeurs de l'asile royal de Dundee pour l'année 1897-1898 (Anal. par le Dr Cullerre). .	503
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE. . . . .	148, 338 et 504

#### IV. — Variétés.

Liste des membres de la Société médico-psychologique. — Nominations et promotions : MM. Janet, Lesvier, Gruhier, Sizaret, Boudrie, Dupain. — Nécrologie : Durand (de Gros). — Prix de l'Académie des sciences. — Prix de l'Académie de médecine. — Les aliénés en liberté. — Tribunaux. — Faits divers. . . .	151
Nominations et promotions : MM. Fesq, Ramadier, Boissier, Chanssinand, Journiac, Lapointe, Anglade, Dagonet, Pactet, Toulouse, Sérieux, Grisez, Pécharman, Töy, Bonne, Pélissier, Rogue de Fursac. — Nécrologie : Viret, Maret, Singer, Prosper Rasse. — Œuvre de patronage pour les aliénés indigents des asiles publics de la Seine. — Les aliénés en liberté ( <i>suite</i> ). — Tribunaux. — Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes. Session de Limoges (1901).. . . .	332
Nominations et promotions : MM. Joffroy, Legrain, Bargy, Bellat, Chardon, Guyot, Sérieux, Sizaret, Musin, Castain, Bonne, Rodiet, Maignal, Gilbert Petit, Ameline. — Séance solennelle et banquet de la Société médico-psychologique. — Prix de l'Académie de médecine. — Les aliénés en liberté ( <i>suite</i> ). — A propos d'une soirée théâtrale à l'asile de Villejuif. — Faits divers. — Prix de la Société d'hypnologie et de psychologie. — Prix de la Société médico-psychologique. — Enseignement : M. Paul Garnier.. . . .	506
Table des matières du tome XIII de la 8 <sup>e</sup> série . . . . .	524

*Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.*